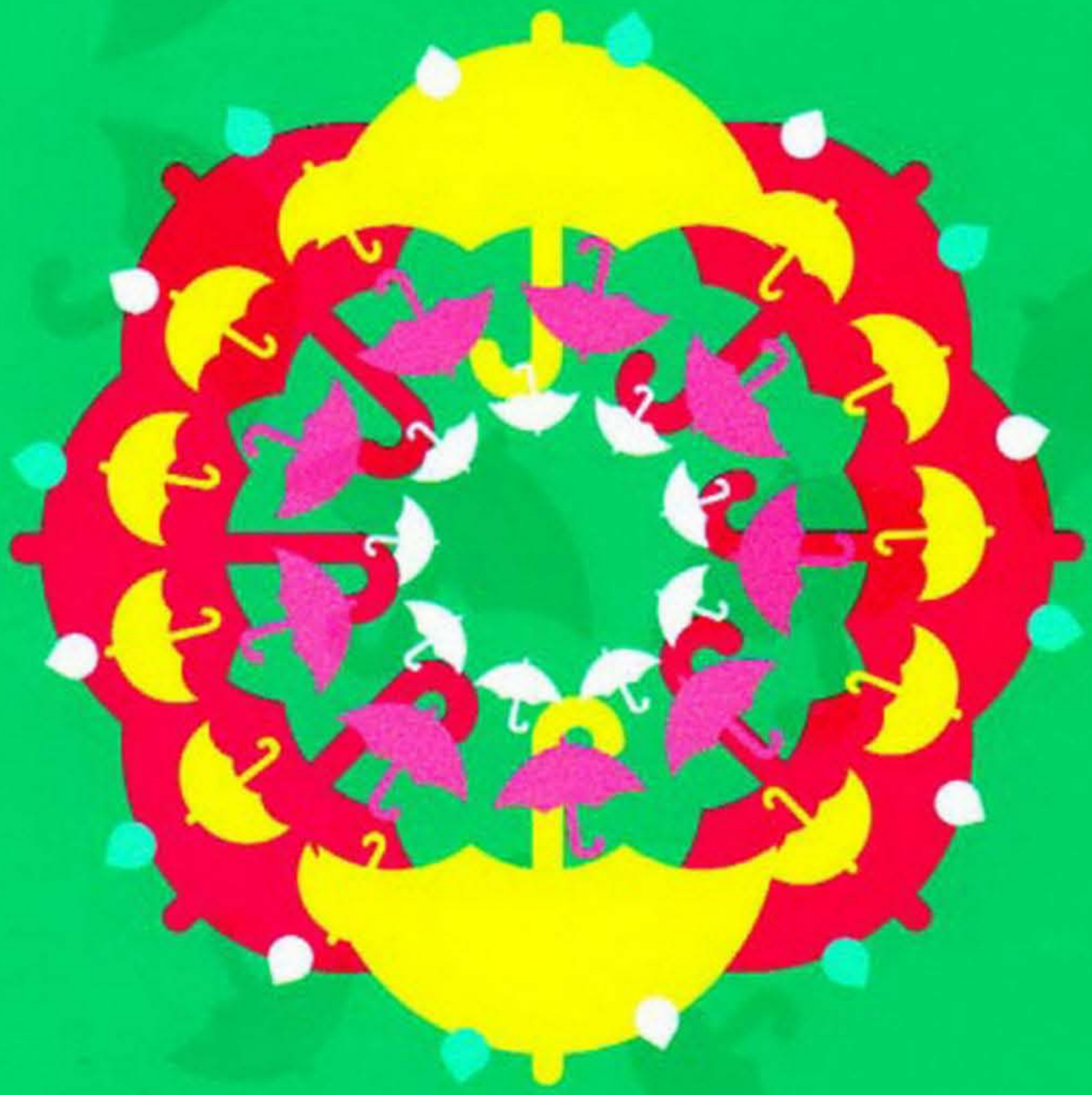
Tratat de reziliență asistată

Sub coordonarea lui
Serban Ionescu



TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Tratat de reziliență asistată

Sub coordonarea lui
SERBAN IONESCU

Traducere din franceză de
Sofia Manuela Nicolae

Prefață de
Boris Cyrulnik

Ouvrage publié avec le concours du
Ministère français chargé de la Culture –
Centre national du livre

Lucrare publicată cu sprijinul
Ministerului Culturii din Franța –
Centrul național al cărții

3
TREI

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Coperta:
FABER STUDIO

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Redactor:
RALUCA HURDUC

Dtp:
OFELIA COȘMAN

Corectură:
RODICA PETCU
EUGENIA URSU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
IONESCU, SERBAN
Tratat de reziliență asistată / Serban Ionescu; trad.: Sofia Manuela Nicolae; pref. de Boris Cyrulnik. - București : Editura Trei, 2013
Bibliogr.
ISBN 978-973-707-737-0

I. Nicolae, Sofia Manuela (trad.)
II. Cyrulnik, Boris (pref.)

159.9

Titlul original: Traité de resilience assistée
Autor: Serban Ionescu

Copyright © Presses Universitaires
de France, 2011
6, avenue Reille, 75014 Paris

Copyright © Editura Trei, 2013
pentru prezenta ediție

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-737-0

Cuprins

15 *Prezentarea autorilor*

17 *Prefață*

21 *Cuvânt înainte*

25 **Partea întâi. Probleme generale**

27 I. Domeniul rezilienței asistate
Serban Ionescu

27 Cercetarea în domeniul rezilienței: începuturi și evoluție

32 Intervenția focalizată pe reziliență: primele programe de reziliență asistată

34 Practicarea rezilienței asistate: caracteristicile unei noi modalități de intervenție și măsuri de precauție necesare

38 *Bibliografie*

41 II. Reziliență și psihoterapie
Serban Ionescu

43 Psihoterapia bazată pe punctele forte ale persoanei

50 Terapie familială și reziliență

56 *Bibliografie*

58 III. Rezistență și reziliență asistate: o contribuție la susținerea educativă și psihosocială
Jean-Pierre Pourtois, Bruno Humbeeck și Huguette Desmet

60 O paradigmă interpretativă

61 Axa rezistență–irezistență

61 Rezistența

61 Irezistența

62 Axa reziliență–irezilienă

62 Rezilienţa
63 Irezilienţa
63 Rolul celuilalt
64 Sprijinul educativ şi psihosocial
65 Păstrarea identităţii: rezistenţa asistată
67 Construirea unei noi identităţi: rezilienţa asistată
67 Itinerarul rezilienţei
69 Itinerarul irezilienţei
70 Fundamentul instituţional
70 Rezistenţa asistată *versus* ajutorul impus
71 Model expresiv *versus* model directiv
71 Temporalitatea subiectului *versus* temporalitatea instituţiei
72 Instituţie autoreflexivă *versus* instituţie rutinieră
72 Evaluări formative organizate *versus* evaluări sumative implicite sau spontane
73 Instituţia de rezilienţă asistată
74 Producerea acţiunii sociale *versus* distribuirea ajutorului social
75 Subiect în proces de dezvoltare *versus* obiect al îngrijirii
75 Conştiinţă identitară *versus* resemnare identitară
76 Agent al istoricităţii *versus* obiect al propriei poveşti de viaţă
77 Concluzie
77 Rezistenţă sau rezilienţă asistată?
77 Metamorfoză? Nu neapărat
79 *Bibliografie*
80 IV. Evaluarea rezilienţei
Serban Ionescu şi Colette Jourdan-Ionescu
81 Începuturile: evaluarea rezilienţei Eului
83 Lucrările lui Wagnild şi Young: o scală construită pornind de la interviuri cu persoane considerate reziliente
91 Cercetările întreprinse de Cynthia Jew: pornind de la o teorie a rezilienţei

95 Scale construite pe baza unor publicaţii referitoare la trăsăturile persoanelor reziliente
95 Scala Connor-Davidson
100 Profilul atitudinilor şi abilităţilor asociate rezilienţei, realizat de Hurtes şi Allen
103 Scala de rezilienţă a adolescentului, elaborată de echipa lui Oshio
104 Scala factorilor de rezilienţă la adolescenţi, elaborată de Takviriyanun
105 Instrumente elaborate pornind de la cercetările asupra factorilor de protecţie: lucrările realizate în Norvegia
108 Un instrument proiectiv de evaluare a rezilienţei
110 O perspectivă ecologică: lucrările echipei lui Harvey
115 Evaluarea formelor specifice de rezilienţă
115 Rezilienţa familială
116 Rezilienţa şcolară
117 Rezilienţa în raport cu derularea carierei
118 Rezilienţa în faţa suicidului
119 Evaluarea conceptelor înrudite
119 O întoarcere la origini: evaluarea capacităţii de recuperare
120 Dezvoltarea posttraumatică
122 Robusteţea
125 Adaptarea rezilientă
127 „Forţa psihică"
129 Evaluarea riscului şi protecţiei
134 Specificitate culturală şi evaluarea rezilienţei
136 În chip de scurtă concluzie
138 *Bibliografie*

148 V. Scrisul şi rezilienţa
Corinne Benestroff
148 De la scrierea despre sine la scrierea-tratament
148 Scrierea despre sine
150 Scrierea–tratament
150 Scrierea–tratament şi maladiile somatice
151 Scrierea–tratament şi maladiile sufletului

152 Practicile narative
153 Biblioterapia
154 Scriere și traume
154 Scriere și nucleu melancolic
155 Scrierea traumei
156 În timpul șocului: scrierea protectoare
157 După șoc: scrierea eliberatoare
157 Perioade de latență și scriere reparatorie
158 Concluzie: scrierea, o enigmă?
160 *Bibliografie*

163 **Partea a doua. Adversități în plan individual și familial**

165 VI. Reziliență asistată și evenimente survenite pe parcursul copilăriei: maltratare, boală, divorț, decesul părinților și tulburări psihiatrice ale părinților
Colette Jourdan-Ionescu, Serban Ionescu, Éveline Bouteyre, Maria Roth, Lynda Méthot, Diana Vasile
165 Maltratarea
165 Definiția maltratării
167 Date epidemiologice
168 Factori de risc la copiii maltratați
170 Consecințe ale maltratării
174 Cazuri de reziliență naturală la copiii maltratați
178 Factori de protecție care permit construirea rezilienței
180 Intervenții vizând reziliența asistată a copiilor maltratați
187 Boala copilului
188 Ce trăiește copilul bolnav
191 Ce trăiește familia
197 Strategii de reziliență asistată
197 Factori de protecție pentru copilul bolnav
200 Factori de protecție pentru părinți
203 Factori de protecție pentru fratrie
205 Factori de protecție pentru familia lărgită

206 Factori de protecţie pentru intervenienţi
207 Factori de protecţie pentru populaţia generală
208 Divorţul
209 Divorţul părinţilor şi reziliența copiilor
211 Factori de protecţie
213 Program de intervenţie asupra copiilor proveniţi din familii cu părinţi divorţaţi
218 Decesul părinţilor
218 Reziliența copiilor îndoliaţi
220 Modalităţi de intervenţie axate pe reziliență
225 Părinţii cu tulburări psihice
228 Factori de protecţie şi reziliență ai copiilor care au un părinte diagnosticat cu tulburări psihice
232 Programe de intervenţie orientate către reziliență
238 Concluzie
239 *Bibliografie*

252 VII. Reziliența persoanelor care prezintă tulburări psihice: perspective de intervenţie
Serban Ionescu, Marli Stieffatre-Nascimento şi Véronique Goussé
253 Schizofrenia
253 Un punct de pornire: eterogenitatea evoluţiei schizofreniei
257 Reziliența în familiile în care unul dintre membri este diagnosticat cu schizofrenie
259 Drumul spre restabilire al persoanelor diagnosticate cu schizofrenie: locul rezilienţei
263 Implicaţii în sfera practică
265 Autismul şi celelalte tulburări pervazive ale dezvoltării
265 Diversitatea tipurilor de evoluţie
269 Cum se aplică noţiunea de reziliență tulburărilor din spectrul autist?
271 Stres şi reziliență în familiile în care trăieşte un copil autist
276 Programe de intervenţie orientate către reziliență
279 *Bibliografie*

284 VIII. Chei ale rezilienței în deficiența intelectuală
Colette Jourdan-Ionescu și Francine Julien-Gauthier
284 Cadrul rezilienței asistate în deficiența intelectuală
284 Deficiența intelectuală
288 Reziliență și deficiență intelectuală
294 Chei de reziliență pentru fiecare dintre etapele de viață ale persoanei care prezintă o deficiență intelectuală
294 Chei de reziliență în cazul copilului mic, începând cu anunțarea diagnosticului
301 Chei de reziliență pe parcursul perioadei școlare
307 Chei de reziliență pe parcursul tranziției către vârsta adultă
312 Chei de reziliență pentru persoana vârstnică
312 Concluzie
315 *Bibliografie*
324 IX. Prevenirea conduitelor suicidare: cum să venim în sprijinul rezilienței
Monique Séguin și Jacques Brandibas
325 Epidemiologie
325 Modele etiologice
325 Modelul stres–predispoziție
327 Modelul traseelor de viață
329 Modelul crizei
329 Rezilienta în fața sinuciderii: mit sau realitate?
331 Cum să întrerupem ciclul tentativelor suicidare repetate?
333 Identificarea riscului suicidar, a riscului de repetiție și a factorilor de protecție
335 Persoanele apropiate și riscul suicidar
337 Rolul protector al specialiștilor în cazul pacienților suicidari
339 Programele de intervenție: a învăța să te protejezi
343 Căi de reziliență asistată în societățile tradiționale
343 Reziliență și sentiment colectiv
344 Conduita suicidară și rezilienta asistată

345 Exemplu de reziliență asistată
349 Concluzie
350 *Bibliografie*

354 X. Adicții la substanțele psihoactive și reziliență
Isabelle Varescon
356 Factori de vulnerabilitate și de protecție
356 Factori de vulnerabilitate
356 Factorii de risc asociați produselor consumate
357 Factorii individuali de vulnerabilitate
358 Factorii legați de mediu
359 Factori de protecție
360 Factorii asociați persoanei
360 Factorii legați de mediu
361 Cunoștințe actuale despre reziliența în cazul adicțiilor
364 Renunțarea fără tratament la dependența de substanțe psihoactive
366 Reziliența asistată în domeniul adicțiilor
368 În loc de concluzie...
369 *Bibliografie*

373 XI. Reziliența asistată în serviciul unei senectuți frumoase
Colette Aguerre
373 Senectutea umană: mituri și realitate
374 Rolul tot mai important jucat de resurse pe parcursul dezvoltării
379 Fundamentele teoretice ale rezilienței asistate la persoanele vârstnice
384 Particularități ale intervențiilor clinice destinate vârstnicilor, care decurg din aceste considerații teoretice
390 Câteva exemple de programe care promovează reziliența asistată la persoanele vârstnice
395 Alte mijloace complementare de promovare a rezilienței asistate la persoanele vârstnice
395 A trage învățăminte prețioase din propriul trecut
395 A face o retrospectivă a vieții pentru a trage învățăminte prețioase din trecut

396 A ierta
397 Anticiparea pozitivă a viitorului, astfel încât să fie aşteptat cu mai multă seninătate
398 A te ancora în prezent pentru a-l aprecia mai bine
398 A accepta
399 A medita
399 A trăi experienţe optime
400 Concluzie
402 *Bibliografie*

408 XII. Tulburări psihice, creativitate şi rezilienţă asistată
Silke Schauder
408 Creativitate şi traumă individuală
409 Art-terapie şi traumă individuală
409 Un atelier de art-terapie pentru femeile bătute
410 Un atelier de art-terapie pentru fraţii copiilor cu handicap
412 Creativitate şi traumă colectivă (război, lagăre de exterminare, catastrofe)
415 Art-terapie şi traumă colectivă
415 Intervenţia realizată de Rebekah Chilkote în Sri Lanka
417 Proiectul din Rwanda al lui Valérie Chu
417 Concluzie
419 *Bibliografie*

421 **Partea a treia. Traume colective**

423 XIII. Rezilienţă în urma marilor catastrofe: joncţiuni între individual şi colectiv
Michèle Vitry şi Clara Duchet
424 Caracteristicile şi unicitatea marilor catastrofe
424 Particularităţi psihopatologice şi societale
425 Trauma individuală şi colectivă
426 Moartea colectivă, o catastrofă specifică: pornind de la exemplul din Haiti
428 Consecinţe psihopatologice previzibile ale factorilor de risc

428 Date epidemiologice
429 Date nosografice
430 Factori de risc
431 De la factorii de protecţie individuali şi colectivi la rezilienţă
431 Factori de protecţie
432 Rezistenţă versus rezilienţă
435 Rezilienţa acompaniată în cazul unei catastrofe: diferite sisteme practicate în lume
435 Concepţia Franţei
437 O enumerare a modelelor europene stabilite graţie cercetării
438 Programul original al Naţiunilor Unite
440 Concluzie
440 *Bibliografie*

444 XIV. Şomaj şi rezilienţă asistată
Serban Ionescu şi Évelyne Bouteyre
445 Şomaj şi sănătate mentală
445 Efectele şomajului asupra sănătăţii mentale
447 Modele explicative
449 Şomaj şi rezilienţă
451 Intervenţii ce favorizează rezilienţa
452 Programe cu un dublu obiectiv, sănătatea mentală şi reangajarea
458 Utilizarea scrisului
462 *Bibliografie*

465 XV. Rezilienţa în situaţii de genocid
Serban Ionescu, Eugène Rutembesa şi Yvonne Kayiteshonga
466 Impactul genocidelor asupra sănătăţii mentale
466 Studii referitoare la genocidul cambodgian
466 Studii întreprinse asupra diferitelor populaţii
467 Studiu epidemiologic realizat asupra unui eşantion naţional
471 Studii asociate genocidului rwandez
471 Studii pe diferite populaţii
475 Studiu epidemiologic pe un eşantion naţional

477 Genocid şi rezilienţă
478 Factori de protecţie în situaţia de genocid: rezultatele unui interviu
483 Un caz de rezilienţă naturală
484 Reconstruirea legăturilor distruse: metodele implementate
486 Eficienţa unei metode unice
488 Câteva propuneri pentru vindecarea unei societăţi şi transformarea ei în una rezilientă
491 *Bibliografie*

495 XVI. Rezilienţa în situaţie de dictatură
Serban Ionescu şi Ana Muntean
496 Mişcarea meditaţiei transcendentale
498 „Fenomenul Piteşti"
501 Adversitatea cotidiană
504 Strategii pentru a face faţă detenţiei în închisoare sau în gulag
506 Strategii de supravieţuire „în libertate"
509 Umorul colectiv
512 Intervenţia după dictatură
514 *Bibliografie*

Prezentarea autorilor

Colette Aguerre Conferenţiar universitar — Universitatea din Tours

Corinne Benestroff Psiholog clinician — Institutul de sănătate publică din Ville-Evrard

Évelyne Bouteyre Conferenţiar universitar-HDR[1] — Universitatea din Rouen

Jacques Brandibas Psiholog clinician, cercetător asociat la Centrul Interdisciplinar de Cercetare a Construirii Identităţii — Universitatea din Réunion

Huguette Desmet Profesor — Universitatea din Mons (Belgia)

Clara Duchet Conferenţiar universitar — Universitatea Paris Descartes

Véronique Goussé Conferenţiar universitar-HDR — Universitatea Paris 8 Saint-Denis

Bruno Humbeeck Director al Centrului de Prevenire a Maltratării — Péruwelz, cercetător la Universitatea din Mons (Belgia)

Serban Ionescu Profesor emerit — Universitatea Paris 8 Saint-Denis şi Universitatea din Quebec, Trois-Rivières

Colette Jourdan-Ionescu Profesor — Universitatea din Quebec, Trois-Rivières

Francine Julien-Gauthier Profesor — Universitatea Laval (Quebec)

Yvonne Kayiteshonga Psiholog coordonator al Programului Naţional de Sănătate Mentală şi al Serviciului de Consultaţii Psihosociale — Ministerul Sănătăţii, Kigali (Rwanda)

Lynda Méthot Responsabil de cursuri — Universitatea din Quebec, Trois-Rivières

---

[1] HDR — Habilitation à Diriger des Recherches (Autorizaţie pentru coordonarea cercetărilor) — *(N. t.)*

Ana Muntean Profesor — Universitatea de Vest Timişoara (România)

Marli Stieffatre-Nascimento Director al Nucleului Însoţire în Viaţa Socială — Asociaţia de Întrajutorare „Vivre", Fontenay-aux-Roses (Franţa)

Jean-Pierre Pourtois Profesor — Universitatea din Mons (Belgia)

Maria Roth Profesor — Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca (România)

Eugène Rutembesa Coordonator al Centrului Universitar de Sănătate Mentală şi profesor cercetător — Universitatea Naţională din Rwanda

Silke Schauder Conferenţiar universitar-HDR — Universitatea Paris 8 Saint-Dénis

Monique Séguin Profesor — Universitatea din Quebec, Ottawa

Isabelle Varescon Profesor — Universitatea Paris Descartes

Diana Vasile Conferenţiar universitar — Universitatea Hyperion Bucureşti (România)

Michèle Vitry Psiholog clinician, psihanalist — Celula de urgenţă medico-psihologică de la Paris-Necker, responsabil de cursuri — Universitatea Paris Descartes şi Pierre şi Marie Curie.

Prefață

Istoria ideilor este plină de surprize. Cuvântul „reziliență" există de mult timp în cultura noastră latină. Când un agronom vorbea despre reziliența unui sol, dorea să spună că un sol, după un incendiu sau o inundație, era capabil să dea viață unei alte flore. Când un navigator vorbea despre reziliența unui metal, el se referea la capacitatea acestuia de a rezista unei presiuni ridicate și de a lua o altă direcție după șoc, la fel de adecvată. Unii scriitori au descris reziliența unei persoane care și-a reluat viața după o traumă, însă atunci când acest cuvânt, banal în limbile saxone, a fost utilizat pentru a desemna un fenomen psihologic, un număr foarte mare de cercetări multidisciplinare a primit semnalul de pornire.

Începând din anii 1980, a avut loc o explozie a publicațiilor despre reziliență, în special în psihologie, dar și în biologie, sociologie, lingvistică și antropologie. Acest concept, uimitor de bine primit pe toate continentele, reprezenta, probabil, dorința de a pune capăt mizerabilismului teoriilor epocii și determinismului fixist al stereotipurilor: „Un creier lezat este un creier terminat... în memoria unei persoane traumatizate se află un monstru ghemuit care se va reînsufleți cândva, transmițând nefericirea peste generații". Aceste blesteme sunt adevărate atunci când cei răniți sunt tratați cu indiferență. Mai mult decât leziunea fizică, abandonul persoanei traumatizate explică durabilitatea traumei și transmiterea sa. Lovitura care se înscrie în istoria subiectului nu este un destin inexorabil; când începi să descoperi condițiile intime și de mediu care permit sprijinirea unui proces de reziliență, se constată o revenire evolutivă, o nouă manieră de a trăi, cu momente fericite și cu momente dificile, așa cum are toată lumea.

Serban Ionescu a adunat în acest *Tratat* contribuții ale unor autori din mai multe țări, pentru a sintetiza cercetările asupra rezilienței, care pot fi aplicate în practică, și a facilita astfel procesul de reziliență. Este ceea ce Serban Ionescu a numit reziliență asistată, care deschide noi perspective în domeniul clinic.

Toţi coautorii sunt în acelaşi timp practicieni şi cercetători, ceea ce conferă muncii lor o notă aparte. Teoria există, desigur, dar nu este ruptă de realitate. Este vorba mai mult de un demers clinic, decât de o ştiinţă fundamentală. Cuvântul educatorilor este primordial, acesta arătând în ce măsură familia este legată de şcoală. Studiile despre reziliență ne duc la moduri de gândire sistemică. Nu ne mai putem crampona de raţionamentele dominate de cauzalităţi liniare, nu mai putem spune: „Este un elev slab deoarece are un coeficient intelectual redus, dovadă a unui creier debil". Se poate, în schimb, explica: „Rezultatele sale şcolare sunt slabe deoarece familia sa nu acordă o semnificaţie deosebită şcolii, atât de mare este nefericirea, ceea ce generează o cascadă de traume cotidiene".

Încă de la primele dezbateri asupra rezilienţei, în anii 1990, autorii prevedeau: „Dacă vom reuşi să cultivăm acest concept, vom propune alte condiţii educative, alte ipoteze de cercetare şi alte metode de tratament". Victorie! Gândirea sistemică nu elimină complexul Oedip, rezervându-i locul său în familie, şcoală şi societate, ci adaugă şi alţi factori determinanţi la inevitabila soluţie oedipiană. Interpretările şi chiar interacţiunile care au loc pe parcursul psihoterapiei sunt modificate de această nouă atitudine asupra tratamentului. Pacienţii apreciază faptul că „neutralitatea binevoitoare" devine mai vie şi mai puţin tăcută pe parcursul întrevederilor.

Atitudinea multidisciplinară permite evaluarea unui proces de reziliență. Ştim să dozăm hormonii şi să fotografiem funcţionarea cerebrală pentru a obiectiva rezilienţa neuronală. De mult timp, testele psihologice au fost evaluate statistic şi corelate cu relevanţa lor clinică. Ştim să analizăm relatări proiective, care revelează repetiţii evolutive. Lingviştii ne-au învăţat să analizăm structura unui discurs şi să-l asociem cu structura interacţiunilor care învăluie un copil sau un partener: amintirea celor spuse prezice maniera de a interacţiona, care transmite emoţia unui sentiment. Şi, mai ales, structurile sociale dovedesc în ce măsură condiţiile de instabilitate şi provizorat constituie o piedică în calea rezilienţei, iar miturile şi prejudecăţile pot aproape bloca procesul.

Domeniul clinic ne propune o mare varietate de situaţii pe care să le putem analiza: o izolare precoce, un doliu în copilăria mică, pe parcursul unei perioade sensibile a dezvoltării, fac dificilă rezilienţa, chiar atunci când reuşim să restructurăm nişa afectivă care ar trebui să securizeze şi să dinamizeze micuţul suferind de carenţe, aşa cum au observat cercetătorii ataşamentului. Urmele mnezice sunt mai puţin durabile atunci când acelaşi eveniment survine mai târziu, în condiţiile unui creier şi ale unei mici personalităţi deja mai bine constituite.

Arta ne oferă un instrument preţios pentru a depăşi o suferinţă trecută şi pentru a o transforma într-un produs ce poate fi împărtăşit. Cel cu sufletul rănit se debarasează de imaginea sa de sine ca obiect zdrobit, pentru a deveni subiect al propriei creaţii. Realizând o producţie culturală din sfâşierea sa, cel rănit îşi reia locul printre celelalte fiinţe umane.

Aventurii sociale nu îi lipsesc ocaziile sfâşierilor traumatizante, în care tiparul rezilient va fi de fiecare dată nou. Iertăm mai uşor o catastrofă naturală, care lasă adesea în urmă pagube reale majore, în timp ce este dificil să iertăm încercarea unui alt om de a ne distruge. Genocidele, dictaturile şi mizeria socială sunt mari furnizori de traume flagrante şi insidioase, fiecare dintre ele punând problema unei asistenţe deosebite în vederea declanşării unui proces de reziliență.

Iată ce găsiţi în această carte. Cercetători-practicieni, pionieri ai acestui concept, ne aduc experienţele şi reflecţiile lor.

Stă în puterea noastră să le utilizăm.

Boris Cyrulnik

Cuvânt înainte

Cercetarea în domeniul rezilienței a cunoscut o dezvoltare remarcabilă. Mărturie stau cele 4 641 de documente — dintre care 1 023 de teze de doctorat — având drept subiect reziliența, care figurau, în august 2010, în principala bază de date în domeniul psihologiei (PsycINFO). În același timp, reziliența a stârnit (și continuă să o facă!) numeroase controverse pe tema termenului în sine (considerat drept impropriu, prea puțin specific din cauza utilizării sale în alte domenii decât psihologia), a inadecvării sale în afara contextului cultural nord-american (unde reziliența a cunoscut, încă de la început, un mare succes), a faptului că face apologia celor mai bine adaptați, mai puternici și, în fine, a conotației sale psihosociale foarte puternice, de unde „inutilitatea" sa în travaliul clinic. La extrema șirului de critici s-ar putea situa poziția negativistă a câtorva cadre didactice universitare sau practicieni, care neagă însăși existența procesului de reziliență.

Aceste critici comportă mai multe explicații: lipsa de informare — este, într-adevăr, foarte dificil să te menții la curent cu rezultatele numeroaselor cercetări întreprinse în acest domeniu —, reacții la „excesul" de povești despre reziliență și la inflația de lucrări care vulgarizează acest concept.

Am încercat să demonstrez, cu mai multe ocazii (Ionescu, 2010[1]; Ionescu și Jourdan-Ionescu, 2010[2]), superficialitatea acestor critici. Într-adevăr, în ciuda lipsei unei definiții unanim acceptate, termenul de reziliență face referire, atunci când este utilizat în domeniul psihologiei, la procesul care permite indivizilor, familiilor și grupurilor umane să depășească situațiile dificile, trauma, să nu prezinte tulburări psihice, să continue să trăiască la fel ca înainte (sau aproape), putând chiar să dea dovadă de o mai bună funcționare psihică decât înainte, grație a ceea ce poartă numele de dezvoltare sau creștere post-traumatică. Pe de altă parte, la ora actuală dispunem de numeroase dovezi că reziliența este un proces universal, chiar dacă fiecare context cultural poate

---

[1] Ionescu S., *Psychopathologie de l'adulte. Fondements et perspectives*, Paris, Belin, 2010.

[2] Ionescu S. și Jourdan-Ionescu C., „Entre enthousiasme et rejet: l'ambivalence suscitée par le concept de résilience", *Bulletin de psychologie*, vol. 63, nr. 6, 2010, p. 401–403.

aduce inflexiuni şi nuanţe modului de derulare a acestui proces. Reziliența este departe de a face în secret apologia celor mai puternici sau de a constitui o proprietate intrinsecă a subiectului, plasându-l deasupra celorlalţi. De fapt, procesul rezilienţei nu poate avea loc în afara interacţiunilor cu ceilalţi, în lipsa mentorilor, tutorilor sau reţelelor de susţinere socială. În fine, impactul conceptului de reziliență asupra domeniului clinic cunoaşte un mare avânt şi tocmai aceasta încercăm noi să demonstrăm în *Tratatul de reziliență asistată.*

Tratatul cuprinde trei părţi. Prima este consacrată „Problemelor generale": sunt abordate domeniul rezilienţei asistate, relaţiile acesteia cu două alte mari categorii de metode de intervenţie, psihoterapia şi, respectiv, sprijinul educativ şi psihosocial, problema evaluării şi contribuţia pe care o are practicarea scrisului la dezvoltarea rezilienţei.

În a doua parte a *Tratatului* sunt prezentate diverse situaţii dificile care pot interveni pe plan individual şi familial, precum şi tehnicile şi programele destinate să încurajeze reziliența persoanelor care se află în situaţiile respective. Această parte debutează cu un capitol referitor la maltratare şi la bolile copilului, divorţ, deces şi tulburările psihice ale părinţilor. Capitolele următoare descriu ceea ce reziliența asistată poate aduce persoanelor care prezintă tulburări psihice, o deficienţă intelectuală, idei suicidare, adicţii la substanţe psihoactive. De asemenea, este abordat, în capitole distincte, şi aportul rezilienţei asistate puse în serviciul unei îmbătrâniri frumoase şi utilizarea procesului de creativitate în construirea rezilienţei.

A treia parte a *Tratatului* este consacrată modalităţilor de aplicare a rezilienţei asistate în cazul traumatismelor colective: catastrofe, şomaj, genocid şi dictatură.

În diferitele capitole ale acestei lucrări, cercetătorii propun un bilanţ al celor mai recente cunoştinţe referitoare la efectele, în plan psihologic, ale situaţiilor cu caracter traumatizant pe care le abordează, expun date care atestă prezenţa unei rezilienţe considerate naturale la anumite persoane care sunt confruntate cu aceste situaţii, se interesează de factorii de protecţie care pot determina înclinarea balanţei dinamice spre reziliență şi prezintă exemple de modalităţi de intervenţie ce vizează construirea rezilienţei.

Tratatul este conceput de autorii săi ca o sursă de idei, o trusă de instrumente pusă la dispoziţia practicienilor care, cu creativitatea lor, vor putea face adaptări (în special la alte contexte culturale decât cele pentru care au fost elaborate tehnicile şi programele prezentate) sau, mai mult, să meargă mai departe, modificând şi inovând.

Lucrarea este rezultatul muncii a 23 de autori — cadre universitare, cercetători şi practicieni — din Belgia, Canada, Franţa, România şi Rwanda, care

sunt preocupaţi de mai mulţi ani de procesul rezilienţei şi care s-au reunit cu diferite ocazii în jurul temei rezilienţei.

Tratatul este încununarea unui efort de durată în ceea ce priveşte reziliența, care nu a ajuns la final... De fapt, de-a lungul unei perioade de aproape douăzeci de ani, am condus — la Universitatea Paris Descartes şi la Universitatea Paris 8–Vincennes din Saint-Denis — o serie de nouă teze de doctorat şi trei lucrări pentru obţinerea HDR având legătură cu reziliența. Cercetările doctorale întreprinse în acest cadru s-au ocupat de reziliența şcolară, de aceea a copiilor din Mali aflaţi în plasament, a copiilor columbieni expuşi în mod repetat violenţei socio-politice, de reziliența lucrătorilor umanitari, a victimelor atentatului de la RER Port-Royal din Paris, a membrilor rezistenţei franceze deportaţi în lagărele de concentrare naziste, a persoanelor care suferă de tulburări psihice grave sau care sunt hărţuite moral la locul de muncă, a persoanelor care au trăit în contextul totalitarismului comunist din România. Alte cercetări de doctorat — axate asupra transmiterii transgeneraţionale a traumei şi a rezilienţei la descendenţii persoanelor ce trăiseră genocidul armenilor sau asupra elaborării unei metode de intervenţie în cazul adolescenţilor (numită „teatru de rezilienţă") — sunt în curs de realizare. Cele trei lucrări pentru obţinerea HDR menţionate s-au ocupat de aspecte foarte diferite ale rezilienţei: adoptarea unei perspective tip ciclu de viaţă în studiul relaţiilor dintre muncă, stres şi rezilienţă; rolul creaţiei artistice în raport cu trauma şi reziliența; spectrul factorilor de risc şi de protecţie în tulburările autiste. Mai mulţi autori ai acestor cercetări doctorale sau destinate obţinerii HDR au devenit coautori ai *Tratatului*...

Alte părţi ale *Tratatului* sunt fructul activităţilor Centrului de cercetare „Traumă, rezilienţă, psihoterapii", care a funcţionat la Universitatea Paris 8 din 2005 până în 2009 şi care au fost prezentate în cadrul întâlnirilor ştiinţifice organizate de centru cu partenerii din străinătate, în special pe parcursul forumurilor internaţionale ce au avut loc la Sankt Petersburg (2006), Celiabinsk (2007), Timişoara (2007), Blagoevgrad (2008) şi Louvain (2009).

Autorii acestui *Tratat* speră că el va suscita schimburi fructuoase între practicieni şi cercetători şi că va favoriza dezvoltarea unei noi modalităţi de lucru în domeniul clinic, încurajând procesul de rezilienţă la persoanele fragilizate de situaţiile dificile.

Serban Ionescu

Partea întâi

Probleme generale

I.

Domeniul rezilienței asistate

Serban Ionescu

În ciuda absenței unei definiții unice a rezilienței, universal acceptate, există de fapt un acord în privința a două puncte esențiale: (a) reziliența caracterizează o persoană care a trăit sau trăiește un eveniment cu caracter traumatizant sau adversitate cronică și care dă dovadă de o bună adaptabilitate (ceea ce are semnificații diferite, în funcție de vârsta sa și de contextul sociocultural în care trăiește) și (b) reziliența este rezultatul unui proces interactiv între persoană, familie și mediul său înconjurător.

Dintre numeroasele publicații consacrate conceptului de reziliență[1] și multiplele cercetări care au fost întreprinse pentru a-l circumscrie cu mai mare exactitate, nu vom aborda aici decât aspectele cele mai importante ale unui nou demers clinic elaborat în jurul acestui concept, reziliența asistată.

Cercetarea în domeniul rezilienței: începuturi și evoluție

Pentru a înțelege cum s-a format câmpul rezilienței asistate și amploarea acestei noi modalități de intervenție, mi s-ar părea util să amintesc, mai întâi, asupra căror populații au fost întreprinse la început cercetările în domeniul rezilienței. Primele proiecte importante au fost realizate asupra unor copii aflați în condiții de *adversitate*. Acest concept se referă, conform lui O'Dougherty Wright și Masten (2005), la „condiții de mediu care interferează cu sarcinile procesului de dezvoltare adecvate vârstei sau amenință realizarea lor [de către copii]". Printre aceste condiții, autorii citați menționează sărăcia, absența unui domiciliu fix, maltratarea infantilă, violența politică sau socială, situații

[1] Cititorii care doresc mai multe informații despre conceptul de reziliență pot consulta Ionescu și Jourdan-Ionescu (2006), precum și capitolul intitulat „De la patocentrism la sanogeneză: aporturile conceptului de reziliență" (p. 271–279), în Ionescu (2010).

care sunt adesea considerate dovezi ale unei adversităţi psihosociale *cronice*. Ne aflăm deci departe de caracterul ocazional al traumei.[1]

Începuturile cercetării asupra rezilienţei sunt marcate de trei mari contribuţii fondatoare: studiul longitudinal al lui Emmy Werner şi Ruth Smith, cercetările asupra diferitelor populaţii aflate în situaţii de risc, întreprinse de Michael Rutter şi proiectul „Competenţă", coordonat de Norman Garmezy.

Werner şi Smith au studiat rezilienţa urmărind dezvoltarea a 698 de copii născuţi în anul 1955 în insula Kauai aflată în arhipelagul Hawaï. În jur de 30% din aceşti copii au fost supuşi efectului a patru sau mai mulţi factori de risc precum sărăcia, stresul perinatal, conflictele familiale, divorţul, alcoolismul sau boala psihică a părinţilor. Datele referitoare la copii şi la familiile lor au fost culese la naştere, pe parcursul perioadei postpartum şi la 1, 2, 10, 18, 32 şi 40 de ani. Rezultatele — care atestă existenţa unui proces ce duce la rezilienţă, la vârste diferite şi în ciuda factorilor de risc la care au fost expuşi aceşti copii — au făcut subiectul mai multor lucrări, din care cea mai cunoscută poartă titlul sugestiv de „Vulnerabil dar invincibil: studiu longitudinal asupra copiilor şi tinerilor rezilienţi"[2].

Primele cercetări ale lui Michael Rutter asupra procesului de rezilienţă au fost realizate asupra unor populaţii diferite: copii ai căror părinţi prezentau tulburări psihice (Rutter, 1966), copii care au trăit experienţa separării de mamă (Rutter, 1972, 1979a) şi copii proveniţi din medii dezavantajate (Rutter, 1979b). Această ultimă categorie cuprinde eşantioane de copii din insula Wight (în Anglia) şi din cartiere defavorizate ale Londrei. Aceşti copii proveneau din familii numeroase şi cu niveluri socio-economice scăzute şi fuseseră expuşi la conflicte parentale, criminalitate parentală, tulburări psihice ale mamelor şi trăiau în locuinţe suprapopulate. Studiile epidemiologice întreprinse asupra copiilor din insula Wight şi din Londra i-au permis lui Rutter să constate că factorii de risc acţionând izolaţi nu antrenau o creştere a prevalenţei tulburărilor psihiatrice. Din contră, frecvenţa acestor tulburări creştea considerabil în prezenţa acţiunii concomitente a doi sau trei factori de risc.

Odată cu sfârşitul anilor 1960 şi debutul anilor 1970, Garmezy demarează, în cadrul Universităţii din Minnesota, realizarea proiectului „Competenţă"[3].

---

[1] În paralel cu definirea sa în termeni economici, Laplanche şi Pontalis (*Vocabularul psihanalizei*, 1994) consideră că „trauma sau traumatismul (psihic)" este „un eveniment al vieţii subiectului care se defineşte prin intensitatea sa, incapacitatea în care se găseşte subiectul de a-i răspunde în mod adecvat, tulburarea şi efectele patogene durabile pe care le provoacă în organizarea psihică" (p. 444).

[2] Publicaţia cea mai completă referitoare la studiul lui Werner şi Smith — „Drumul dinspre copilărie spre mijlocul vieţii: risc, rezilienţă şi restabilire" — a apărut în 2001.

[3] Conceptul de *competenţă psihosocială* se referă la utilizarea adaptativă de către copil a resurselor personale şi contextuale, în vederea realizării de sarcini de dezvoltare adecvate vârstei sale. De

În acest cadru, numeroase cercetări au fost consacrate dezvoltării copiilor consideraţi în situaţie de risc din anumite motive: malformaţii cardiace congenitale (O'Dougherty, Wright, Garmezy, Loewenson şi Torres, 1983), incapacitate fizică [tezele de doctorat ale lui Raison (1982) şi Silverman (1982)] şi, mai ales, diagnosticul de schizofrenie al mamei (Garmezy şi Devine, 1984).

Numeroasele studii realizate în cadrul proiectului „Competenţă" au depistat rapid capacitatea anumitor copii de a se adapta foarte bine, în ciuda evenimentelor de viaţă cu caracter stresant la care au fost expuşi. Treptat, cercetătorii implicaţi au încercat să răspundă următoarelor întrebări:

— Care sunt caracteristicile copiilor competenţi şi mai ales ale celor care au fost expuşi unor situaţii considerate stresante?
— Care sunt factorii potenţiali de risc şi de protecţie care sporesc sau reduc efectele negative ale expunerii la adversitate?
— Care sunt, în plină copilărie, factorii predictivi ai adaptării la adolescenţă?
— Care sunt implicaţiile răspunsurilor la aceste întrebări asupra intervenţiei?

Într-o publicaţie ulterioară cercetărilor întreprinse pentru proiectul „Competenţă", Garmezy (1993) insistă, de asemenea, asupra rolului sărăciei şi consecinţelor sale. Utilizând diagrama lui Birch şi Gussow (1970), Garmezy subliniază rolul potenţial patogen al tiparului aditiv al adversităţilor cronice care însoţesc sărăcia, adversităţi care vor constitui precursorii vulnerabilităţii psihiatrice a copiilor.

Evocarea condiţiilor în care au fost realizate cercetările de început arată în mod clar că bazele conceptului de reziliență au fost puse pornind de la cercetările asupra unor eşantioane de copii al căror curs normal al dezvoltării părea ameninţat.

Studiul rezilienţei la adult este mai tardiv, dovada constituind-o apariţia abia în 2010 a primei lucrări de sinteză pe această temă (Reich, Zautra şi Hall, 2010). Dezvoltarea sa poate fi asociată cu interesul arătat de clinicieni tulburării de stres posttraumatic (TSPT)[1], categorie diagnostică introdusă în

---

exemplu, copilul trebuie să-şi poată utiliza activ capacităţile intelectuale şi să lege relaţii pozitive cu personalul didactic pentru a reuşi pe plan şcolar (O'Dougherty Wright şi Masten, 2005, p. 20). Într-un sens larg, termenul *competenţă* „se referă la funcţionarea eficientă în societate sau la presupusa capacitate de a funcţiona astfel, ţinând cont de aşteptările bazate pe normele comportamentale existente într-un context, într-o cultură şi într-un anumit moment al istoriei" (Masten şi O'Dougherty Wright, 2010).

[1] Crocq (1999) spune că termenul de tulburare de stres posttraumatic „s-a impus, în ciuda faptului că ignoră problema traumei, ascunzând-o sub unica dimensiune psihoneurologică de stres" (p. 11).

1980 în a treia ediție a Manualului Asociației Americane de Psihiatrie (DSM-III) și în 1992, în a zecea ediție a Clasificării Internaționale a Maladiilor (ICM-10) a Organizației Mondiale a Sănătății. Explicația acestei relații este simplă: anumiți adulți nu prezentau simptome ale TSPT, cu toate că fuseseră expuși unor situații despre care se știe că generează astfel de simptome. Descrierea acestor adulți, numiți reziliențI, a ridicat problema factorilor și proceselor care ar putea explica rezistența lor curioasă.

Studiindu-se reziliența la adult — persoană la care dezvoltarea este încheiată — s-a observat că, dacă în anumite cazuri exista o revenire la „linia de bază"[1] (deci o recuperare) după trăirea unor evenimente cu caracter traumatic sau stresant (cum spun anumiți clinicieni), în alte cazuri persoanele pot beneficia de pe urma acestor evenimente, profitând și dezvoltându-se din punct de vedere psihic.

Deși cercetătorii au menționat de mult timp că un traumatism psihic ar putea avea consecințe pozitive (de exemplu, Taylor, 1983), numai în cursul ultimilor zece sau douăzeci de ani această posibilitate a fost luată în serios. Schimbările constatate sunt numeroase: faptul de a aprecia mai mult viața, de a avea relații mai apropiate cu ceilalți, o înflorire a spiritualității, o schimbare a priorităților și o mai mare forță personală (Tedeschi și Calhoun, 1995 și 1996; Stanton, Bower și Low, 2006). În prezent, publicațiile specializate în acest domeniu utilizează două expresii: dezvoltare posttraumatică (Tedeschi și Calhoun, 2004), formulare mai adecvată pentru traumele majore (precum dezastrele naturale sau un diagnostic de cancer) și dezvoltare asociată stresului (Park, Cohen și Murch, 1996), care se referă mai degrabă la evenimentele vieții obișnuite (de exemplu, o ruptură amoroasă).

Studiul acestui nou tip de dezvoltare — posttraumatică sau asociată stresului — plasează, cel puțin parțial, reziliența adultului într-o perspectivă a psihologiei dezvoltării, așa cum este cazul studiilor asupra copiilor, și permite realizarea unor comparații, mai precis schițarea unei teorii unificatoare.

Pe lângă favorizarea unei mai bune cunoașteri a factorilor și proceselor subiacente rezilienței, studierea ei la adulți a avut cel puțin trei consecințe: (a) reziliența a început să fie cercetată din perspectiva ciclului de viață

Pe de altă parte, trebuie notat faptul că succesul termenului TSPT trebuie pus în legătură și cu îndârjirea deosebită, în special a psihiatriei anglo-americane, care, după cum scrie Barois (1998) „a crezut că găsește în noțiunea de stres un cadru, chiar un model, pentru a găzdui" [...] „acest musafir incomod" reprezentat de tulburările psihotraumatice.

[1] Prin această revenire la linia de bază, nu trebuie înțeles că evenimentul trăit de subiect nu a lăsat nicio urmă.

(mergând de la copilul mic până la persoana vârstnică) (a se vedea Masten și O'Dougherty Wright, 2010); (b) se asistă la o multiplicare a situațiilor în care a fost observată și studiată reziliența și (c) conceptul este aplicat unor situații care nu corespund noțiunii de traumatism și care sunt mai apropiate de ceea ce s-ar putea numi situații de adversitate cronică.

Astfel, dispunem de informații asupra procesului de reziliență în situația:

- catastrofelor naturale (cutremure, uragane, tsunami, inundații);
- dezastrelor provocate de oameni (genocide, războaie, acte teroriste);
- accidentelor (feroviare, aviatice);
- catastrofelor ecologice (maree negre, accidente survenite la instalații nucleare).

Totodată, reziliența adulților este studiată — așa cum am văzut în cazul copiilor — în situații de adversitate cronică precum sărăcia sau șomajul și chiar prezența tulburărilor psihice.

Lărgirea conceptului de reziliență a dus la utilizarea sa — criticată de unii — în contextul vast al evenimentelor de viață și al grijilor cotidiene (Ionescu, 2006). Această lărgire este justificată de observațiile clinice și de rezultatele provenite din cercetare, care au arătat că exigențele iritante, frustrante și dificile ale vieții cotidiene (legate, de exemplu, de transport, ambuteiaje sau de caracteristicile stresante ale relațiilor și rolurilor asumate pe parcursul unor perioade lungi precum, de exemplu, problemele de ordin relațional sau povara pe care o poate reprezenta îngrijirea unor părinți în vârstă și suferinzi) au efecte cumulative și semnificative asupra bună stării psihologice.

Ce concluzii putem trage în urma acestei scurte prezentări a începuturilor și evoluției cercetării în domeniul rezilienței? Mai întâi, că procesul de reziliență a putut fi studiat în situații foarte diverse: situații cu caracter traumatizant (în sensul tradițional, clasic, al conceptului de traumă) și situații de adversitate cronică. Aceste cercetări au permis cunoașterea a ceea ce este comun și a ceea ce este specific în modul de derulare a procesului de reziliență în diverse situații și *fără* intervenția profesioniștilor din domeniul sănătății mentale.

Această reziliență, durată pornind de la caracteristicile individuale și de la interacțiunile intrafamiliale și cu persoanele din mediul subiectului, constituie reziliența naturală. Studiul acesteia — precum și cunoașterea factorilor implicați și a proceselor subiacente — a permis trecerea într-o nouă etapă, aceea a construirii rezilienței, de data aceasta împreună cu profesioniștii din domeniul sănătății mentale. Este vorba despre ceea ce am numit *reziliență asistată* (Ionescu, 2004).

Intervenţia focalizată pe reziliență: primele programe de reziliență asistată

Interesul purtat copiilor şi situaţiilor care riscă să le îngreuneze dezvoltarea şi să aibă consecinţe asupra sănătăţii lor mentale a fost însoţit, foarte devreme, de elaborarea unor programe de intervenţie ce urmăreau în special atenuarea efectelor sărăciei cronice. În acest context, găsesc că este importantă menţionarea câtorva dintre primele programe.

Proiectul preşcolar Perry (Weikart, Rogers, Adcock şi McClelland, 1971; Weikart, 1972) a debutat în anii 1960, sub forma unei iniţiative locale, la Ypsilanti (în Michigan) şi a fost sprijinit de Fundaţia High/Scope pentru cercetare în educaţie. Se adresa copiilor cu vârste cuprinse între trei şi şase ani, care prezentau cel puţin patru dezavantaje. O bună parte din familii erau monoparentale, iar jumătate trăia din alocaţii sociale.

Programul oferea îngrijiri, o educaţie de înaltă calitate distribuită pe parcursul a patru jumătăţi de zi pe săptămână şi o vizită săptămânală a educatorului la domiciliul copilului. Un cadru didactic se ocupa de şase copii. Intervenţia a luat sfârşit în anul 1967, evoluţia celor 123 de copii care au beneficiat de program fiind urmărită în continuare timp de mai bine de 25 de ani. Analiza beneficii/costuri a scos în evidenţă un raport de 7:1 în favoarea beneficiilor. La vârsta de 27 de ani, subiecţii care au participat la program prezentau rezultate mai bune decât subiecţii din grupul de control: mai mulţi dintre ei terminaseră liceul (peste 33%), îşi plăteau impozitele, deţineau propria casă; totodată, erau mai puţini aceia care avuseseră probleme cu legea, iar numărul sarcinilor la adolescenţă era inferior cu 42% celui înregistrat în grupul de control. Datorită perioadei de-a lungul căreia a fost urmărit şi rezultatelor obţinute, proiectul Perry este recunoscut drept unul dintre cele mai bune programe destinate încurajării rezilienţei copiilor din familii sărace şi cu multiple dezavantaje (Barnett, 1993).

Programul formării mamelor a fost iniţiat de Karnes, Teska, Hodgins şi Badger (1970) la Universitatea din Illinois. Se adresa mamelor din medii defavorizate, cu copii între 13 şi 27 de luni, care erau învăţate tehnici de educare a copiilor. Erau utilizate jucării educative şi alte instrumente pedagogice, pentru a promova schimburile verbale între mamă şi copil. Erau prevăzute vizite la domiciliu (cel puţin o dată pe lună), nu numai pentru a evalua progresul copilului şi al mamei, dar şi pentru a le ajuta pe acestea din urmă să rezolve anumite probleme practice.

Mai multe programe numite ecologice erau menite să modifice, uneori într-o manieră foarte importantă, mediul de viaţă obişnuit al copilului. Printre aceste programe figurau *proiectul Milwaukee* şi *proiectul Abecedar*. Proiectul Milwaukee a fost iniţiat la Universitatea din Wisconsin şi viza prevenirea retardului mental uşor la copiii din mediile defavorizate din oraşul Milwaukee (Heber, Garber, Harrington, Hoffman şi Falender, 1972). Copiii care au participat la proiect au fost consideraţi în situaţie de risc din cauza nivelului intelectual al mamei (IQ mai mic de 75) şi locului de reşedinţă (într-o zonă defavorizată). Programul a fost conceput pentru o durată de zece ani. „Reabilitarea maternă" punea accentul pe pregătirea mamelor pentru muncă, pe ameliorarea abilităţilor de întreţinere a casei şi, în cele din urmă, pe o mai bună capacitate de intervenţie asupra copilului. *Proiectul Milwaukee* conţinea, de asemenea, şi o secţiune de intervenţie asupra copiilor, urmărind stimularea dezvoltării lor psihologice.

Proiectul Abecedar a fost elaborat la Universitatea Carolina de Nord de Ramey şi Smith (1976), pentru a demonstra că retardul mental putea fi evitat. Secţiunea destinată copiilor mici viza principalele axe de dezvoltare: psihomotricitatea, cogniţia, limbajul şi domeniul socio-afectiv. Conţinea un număr foarte mare de activităţi de învăţare, adaptate nivelului de dezvoltare al fiecărui copil. O altă secţiune importantă a *programului Abecedar* era formată din serviciile de care beneficia familia fiecărui copil: ajutor din partea lucrătorilor sociali pentru ca familia să nu se dezorganizeze; suplimente alimentare pentru ca nutriţia să devină mai echilibrată; îngrijiri medicale. Pe de altă parte, s-au depus toate eforturile pentru asigurarea unei maxime participări a părinţilor. Astfel, taxele de transport erau acoperite din bugetul proiectului.

Evaluarea rezultatelor obţinute în urma aplicării tuturor acestor programe a scos în evidenţă aportul lor la prevenirea efectelor factorilor de risc la care erau expuşi copiii respectivi.

Programele anilor 1960 şi 1970 nu fuseseră concepute în mod specific pentru încurajarea rezilienţei, ci mai mult pentru prevenirea efectelor adversităţilor cronice întâmpinate de copiii care trăiau în Statele Unite în familii sărace, defavorizate. Totodată, din anii 1990, diferite publicaţii au început să fie interesate de „promovarea", „construirea", „stimularea", „ameliorarea" sau „creşterea" rezilienţei copiilor şi adulţilor aflaţi în situaţii care pot avea consecinţe asupra sănătăţii lor psihice. Astfel, au fost elaborate tehnici şi programe menite să ajute indivizii sau grupurile să facă faţă şi să iasă cu bine din situaţiile traumatizante şi de adversitate.

S-a structurat astfel, progresiv, o nouă modalitate de intervenție, în care construirea rezilienței este acompaniată de profesioniști în domeniul sănătății mentale. Acest proces este deci *asistat* de profesioniști competenți, care cunosc procesul ce duce la reziliență și factorii implicați în el.

Alegerea atributului *asistată* pentru a desemna o manieră de lucru nu este nouă. Numeroase activități — precum chirurgia, tomografia sau învățământul, de exemplu — pot fi realizate cu asistență din partea calculatorului. Și procrearea poate fi asistată medical. Adjectivul *asistată*, folosit pentru a caracteriza construirea sau întărirea rezilienței — beneficiind de acompaniamentul profesioniștilor din domeniul sănătății mentale — în cazul persoanelor care trec prin traume sau întâmpină o adversitate cronică, subliniază faptul că aceste persoane nu fac decât *să secondeze, să însoțească* subiectul în acest proces. Arată, de asemenea, că subiectul este acela care rămâne „la comandă".

Practicarea rezilienței asistate: caracteristicile unei noi modalități de intervenție și măsuri de precauție necesare

Contrar abordării clinice tradiționale, centrate pe disfuncționalități, pe problemele și handicapurile ce decurg de acolo, practica rezilienței asistate se inspiră din ceea ce a fost numit *intervenție bazată pe puncte forte*[1]. Acest tip de intervenție are mai multe caracteristici (Maton, Dodgen, Leadbeater, Sandler, Schellenbach și Solarz, 2004). Într-adevăr, ea:

- se focalizează pe înțelegerea dezvoltării în stare de sănătate și pe construirea rezilienței;
- urmărește dezvoltarea punctelor forte și abilităților care să permită prevenirea apariției ulterioare a problemelor;
- promovează sănătatea și starea de bine în rândul tinerilor;
- se centrează pe emoțiile, gândurile, trăsăturile și comportamentele pozitive;
- vizează ameliorarea calității vieții și acordă credit persoanei;
- urmărește susținerea familiei, se bazează pe punctele forte ale acesteia și valorizează resursele familiale;
- consideră că toți copiii pot reuși, utilizează cu succes punctele forte ale copiilor, ale cadrelor didactice și ale comunității în care trăiesc;

---

[1] *Punctul forte* poate fi definit drept capacitatea de a reuși aproape perfect într-o activitate dată (Hodges și Clifton, 2004).

— vizează abilitarea, construirea abilităţilor şi întărirea grupurilor care se dovedesc neputincioase;
— concepe acţiuni pentru transformarea mediului;
— identifică resursele existente în comunitate şi le utilizează;
— valorizează diferenţele culturale şi le consideră o bogăţie.

Specialiştii care lucrează din perspectiva rezilienţei asistate trebuie *să pună în evidenţă* şi *să dezvolte potenţialităţile* persoanelor considerate în situaţie de risc. Astfel, accentul este pus pe o serie de caracteristici individuale cunoscute drept factori de protecţie şi facilitatori ai rezilienţei: stimă de sine, capacitate de a suscita simpatia, imagine de sine pozitivă, sentiment de control asupra vieţii, creativitate, umor etc.

Totodată, specialiştii trebuie să descopere resursele existente în anturajul persoanei. Este vorba, în primul rând, de adulţi care să poată menţine, pe parcursul unei lungi perioade de timp, legături semnificative şi empatice cu persoana respectivă. Aceştia sunt mentorii (Colley, 1996) sau „punctele personale de ancoraj" pe care Garbarino (1995) le definea ca persoane din mediul înconjurător al copilului, cu care acesta întreţine relaţii afective pozitive şi stabile. În limba franceză, Cyrulnik (2001) i-a denumit „tuteurs de résilience" (tutori de rezilienţă).

O altă resursă de mediu importantă o reprezintă reţelele de susţinere (compuse din prieteni, colegi de şcoală sau de serviciu, asociaţii etc.), care contribuie la crearea unui cadru securizant şi primitor, o veritabilă „plasă de protecţie" în jurul persoanei. Rolul specialistului este de a descoperi şi evalua aceste resurse, de a orienta persoana de care se ocupă spre aceste resurse, de a contribui la crearea unor astfel de reţele atunci când lipsesc şi uneori chiar de a activa reţelele deja existente.

Rezilienţa asistată este, adesea, o *intervenţie orientată către prevenţie*, ceea ce înseamnă elaborarea unor programe de intervenţie preventivă[1]. Prevenţia implică trei tipuri de demersuri (Wenar şi Kerig, 2000):

— prevenţia *primară*, orientată spre prevenirea apariţiei maladiilor şi tulburărilor[2];

---

[1] Plecând de la publicaţiile disponibile şi de la propria lor experienţă, Capuzzi şi Gross (2000) au alcătuit o listă de recomandări pentru elaborarea şi implementarea unui program de prevenţie în domeniul sănătăţii mentale.

[2] Termenul *maladie* se referă la o alterare a sănătăţii, a cărei cauză este definită. *Tulburarea* este concepută ca un sindrom (ansamblu de semne şi simptome) a căror cauză nu este cunoscută sau a căror apariţie poate revela cauze diferite.

- prevenţia *secundară*, focalizată pe identificarea precoce a primelor manifestări ale maladiilor sau tulburărilor, orientată spre blocarea dezvoltării lor înainte de instalarea simptomelor care caracterizează forma lor completă;
- prevenţia *terţiară*[1], iniţiată mai târziu, are drept obiectiv împiedicarea agravării sau reapariţiei maladiilor sau tulburărilor (în acest ultim caz este vorba de prevenţia recidivelor). Pentru Caplan (1964), scopul prevenţiei terţiare este acela de a reduce durata şi consecinţele maladiilor şi tulburărilor.

Dacă toate aceste forme de prevenţie sunt importante în intervenţia de tip reziliență asistată, ne vom limita aici la programele de prevenţie primară, care pot fi clasificate după două criterii: modalitatea de selectare a populaţiei-ţintă şi nivelul de intervenţie privilegiat. Selectarea populaţiilor-ţintă poate fi realizată în trei modalităţi:

- optând pentru lucrul cu toate persoanele care fac parte dintr-o populaţie (modalitatea „toată populaţia" sau „strategie universală");
- adoptând modalitatea „risc ridicat", numită de Institutul de medicină (1994) „intervenţie preventivă selectivă" şi alegând drept ţintă grupuri de persoane cu risc de a dezvolta anumite tulburări sau probleme, dar care nu prezintă încă niciuna din manifestările acestora. Un asemenea grup ar putea fi constituit, de exemplu, din copiii părinţilor depresivi, aflaţi în situaţie de risc de a prezenta dificultăţi de adaptare;
- optând pentru modalitatea „etapă importantă" sau „perioadă de tranziţie" şi având în vedere persoanele care trăiesc evenimente de viaţă stresante sau care traversează perioade critice de viaţă. De exemplu, pot fi aleşi copiii părinţilor care divorţează sau copiii care trebuie să urmeze tratamente medicale „dure".

În ceea ce priveşte nivelurile de intervenţie preventivă, pe lângă o abordare centrată asupra persoanei (care corespunde nivelului *individual*), mai pot fi descrise patru niveluri de abordare orientate asupra mediului înconjurător (vizând *familia, colegii, şcoala* şi, respectiv, *comunitatea*).

Programele de prevenţie primară pot avea în vedere mai multe obiective: dezvoltarea punctelor forte ale vieţii curente, ameliorarea comunicării

---

[1] Bouvier (1999) consideră că, din punct de vedere etic, nivelul prevenţiei terţiare este primul, întrucât are drept scop limitarea consecinţelor maladiilor şi tulburărilor.

interpersonale, învățarea strategiilor de schimbare cognitivă, achiziția abilităților de autogestionare și de stăpânire de sine (sau control) și ameliorarea capacității de a face față stresului (McWhirter, 1998; Capuzzi și Gross, 2000).

Aplicarea rezilienței asistate implică adoptarea unei *strategii de intervenție de tip maieutic*, bazată pe metoda prin care Socrate, fiul moașei, spunea că ar putea aduce pe lume spiritele gândurilor, pe care acestea le conțin fără a avea cunoștință de ele. Este vorba de a înlocui caracterul adesea directiv, constrângător, chiar intruziv, al intervențiilor clasice cu o însoțire veritabilă care, facilitând actualizarea competențelor persoanei și utilizarea lor pentru a face față adversității, modelează reziliența.

În utilizarea metodelor de intervenție de tipul rezilienței asistate trebuie luate trei măsuri de precauție:

a) intervenția să nu fie focalizată numai asupra individului, întrucât reziliența este produsul interacțiunilor; este necesară deci implicarea familiei și a mediului înconjurător al subiectului;
b) să nu se treacă ușor cu vederea suferința, orientând intervenția asupra competențelor și punctelor forte ale persoanei;
c) să nu fie stigmatizate persoanele „aflate în situație de risc" prin aplicarea unor intervenții orientate asupra lor.

Cu precădere în Franța, opinia publică și specialiștii sunt foarte sensibili în ceea ce privește acest ultim aspect. Totodată, negarea riscului — noțiune probabilistică, e drept — poate duce la neintervenție din teama de stigmatizare. S-ar crea, astfel, o situație în care persoana aflată în pericol nu ar fi asistată... Ar trebui căutat un echilibru prin aplicarea unor programe educative în domeniul sănătății, care să permită schimbarea anumitor atitudini. În același timp, orice program adresat persoanelor sau grupurilor de persoane în situație de risc ar trebui evaluat cu atenție din punct de vedere etic.

Reziliența asistată deschide o nouă cale pentru domeniul clinic și o nouă perspectivă în câmpul sănătății psihice. Așa cum am menționat, implică o desprindere de modelul de intervenție bazat pe patologie. Capitolele următoare oferă informații despre ceea ce a fost întreprins până în prezent în acest domeniu și sugestii celor care ar dori să se implice în acest tip de intervenție. Bengt Lindström (2001) visa la o societate și la niște condiții de viață în care să nu mai fie nevoie ca indivizii să fie reziliențI. Acesta rămânând deocamdată

numai un vis, autorii *Tratatului de reziliență asistată* propun cititorilor lucrării de față câteva soluții noi pentru a-i ajuta pe cei care se confruntă cu adversitatea.

Bibliografie

Barnett W.S. (1993), Benefit-cost analysis of preschool education: Findings from a 25–year follow-up, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 63, 1993, p. 500–508.

Barrois C. (1998), *Les névroses traumatiques. Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques*, ediția a II-a, Paris, Dunod.

Birch H.G. și Gussow J.D. (1970), *Disadvantaged children: Health, nutrition and school failure*, New York, Grune & Stratton.

Bouvier P. (1999), Abus sexuel et résilience, în M.-P. Poilpot (coord.), *Souffrir mais se construire*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

Caplan G., *The principles of preventive psychiatry*, New York, Basic Books, 1964.

Capuzzi D. și Gross D.R. (coord.) (2000), *Youth at risk. A prevention resource for counselors, teachers and parents*, ediția a III-a, Alexandria, American Counseling Association, 2000, p. 167–191.

Colley H. (1996), *Mentoring for social inclusion*, Londra, Routledge.

Crocq L. (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.

Cyrulnik B. (2001), *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob.

Garbarino J. (1995), *Raising children in a socially toxic environment*, San-Francisco, Jessey-Bass Publishers.

Garmezy N. (1993), Vulnerability and resilience, în D.C. Funder, R.D. Parke, C. Tomlinson-Keasey și K. Widaman (coord.), *Studying lives through time. Personality and development*, Washington, American Psychological Association, p. 377–398.

Garmezy N. și Devine V.T. (1984), Project Competence: The Minnesota studies of children vulnerable to psychopathology, în N. Watt, E.J. Anthony, L.C. Wynne și J.E. Rolf (coord.), *Children at risk for schizophrenia*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 289–303.

Heber R., Garber H., Harrington S., Hoffman C. și Falender C. (1972), *Rehabilitation of families at risk for mental retardation: a progress report*, Madison, University of Wisconsin, Rehabilitation Research and Training Center in Mental Retardation.

Hodges T.D. și Clifton D.O. (2004), Strenghths-based development in practice, în P.A. Linley și S. Joseph (coord.), *Positive psychology in practice*, Hoboken, John Wiley & Sons, p. 256–268.

Institute of Medicine of the National Academies (1994), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington, National Academy Press.

Ionescu S. (2004), Prefață, în J. Lecomte, *Guérir de son enfance*. Paris, Odile Jacob, p. 11–16.

Ionescu S. (2006), Introduction. Psychopathologies et société. Tendances dans le champ de la psychopathologie sociale, în S. Ionescu şi C. Jourdan-Ionescu (coord.), *Psychopathologies et société. Traumatismes, événements et situations de vie*, Paris, Vuibert, p. 7–17.

Ionescu S. (2010), *Psychopathologie de l'adulte. Fondements et perspectives*, Paris, Belin.

Ionescu S. şi Jourdan-Ionescu C. (2006), La psychopathologie comme processus: vulnérabilité et résilience, în S. Ionescu şi A. Blanchet (coord.), *Nouveau cours de psychopathologie. Psychologie clinique et psychopathologie* (volum coordonat de M. Montreuil şi J. Doron), Paris, Puf, p. 133–157.

Karnes M.B., Teka J.A., Hodgins A.S. şi Badger E.D. (1970), Educational intervention at home for mothers of disadvantaged infants, *Child Development*, vol. 41, p. 925–935.

Lindström B. (2001), The meaning of resilience, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 13, nr. 1, p. 7–12.

Masten A.S. şi O'Dougherty Wright M. (2010), Resilience over the life span. Developmental perspectives on resistance, recovery and transformation, în J. W. Reich, A.J. Zautra şi J.S. Hall (coord.), *Handbook of adult resilience*, New York, The Guiford Press, p. 213–357.

Maton K.I., Dodgen D.W., Leadbeater B.J., Sandler I.N., Schellenbach C.J. şi Solarz A.L. (2004), Strengths-based research and policy: an introduction, în K.I. Maton, C.J. Schellenbach, B.J. Leadbeater şi A.L. Solarz (coord.), *Investing in children, youth, families and communities. Strengths-based research and policy*, Washington, American Psychological Association, p. 3–12.

McWhirter E.H. (1998), *At risk youth: A comprehensive response*, ediţia a II-a, Pacific Grove, Brooks/Cole.

O'Dougherty Wright M. şi Masten A. (2005), Resilience processes in development, în S. Goldstein şi R.B. Brooks (coord.), *Handbook of resilience in children*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 17–37.

O'Dougherty M., Wright F.S., Garmezy N., Loewenson R.B. şi Torres F. (1983), Later competence and adaptation in infants who survive severe heart defects, *Child Development*, vol. 54, p. 1129–1142.

Park C.L., Cohen L.H. şi Murch R.L. (1996), Assessment and prediction of stress-related growth, *Journal of Personality*, vol. 64, p. 71–105.

Raison S.B. (1982), *Coping behavior of mainstreamed physically handicapped students*, Teză de doctorat nepublicată, Universitatea din Minnesota.

Ramey C.T. Şi Smith B.J. (1976), Assessing the intellectual consequences of early intervention with high risk-infants, *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 81, p. 318–324.

Reich J.W., Zautra A.J. şi Hall J.S. (2010), *Handbook of adult resilience*, New York, The Guilford Press.

Rutter M. (1966), *Children of sick parents: An environmental and psychiatric study*, Maudsley Monograph nr. 16, Londra, Oxford University Press.

Rutter M. (1972), *Maternal deprivation reassessed*, Harmondworth, Penguin.
Rutter M. (1979a), Separation experiences: a new look at an old topic, *Journal of Pediatrics*, vol. 95, p. 147–154.
Rutter M. (1979b), Protective factors in children responses to stress and disadvantage, în M.W. Kent şi J.E. Rolf (coord.), *Primary prevention in psychopathology*, vol. 3: *Social competence in children*, Hanover, University Press of New England , p. 49–74.
Silverstein P.R. (1982), *Coping and adaptation in families of physically handicapped children*, Teză de doctorat nepublicată, Universitatea din Minnesota.
Stanton A.L., Bower J.E. şi Low C.A. (2006), Posttraumatic growth after cancer, în L.G. Calhoun şi R.G. Tedeschi (coord.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, Mahwah, Erlbaum, p. 138–175.
Taylor S.E. (1983), Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation, *American Psychologist*, vol. 38, p. 1161–1173.
Tedeschi R.G. şi Calhoun L.G. (1995), *Trauma and transformation: Growth in the aftermath of suffering*, Thousand Oaks, Sage, 1995.
Tedeschi R.G. şi Calhoun L.G. (1996), The postraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 9, nr. 3, p. 455–472.
Tedeschi R.G. şi Calhoun L.G. (2004), Target article: „Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence", *Psychological Inquiry*, vol. 15, nr. 1, p. 1–18.
Weikart D.P. (1972), Relationship of curriculum, teaching and learning in preschool education, în J.C. Stanley (coord.), *Preschool program for disadvantaged: five experimental approaches to early childhood education*, Baltimore, John Hopkins University Press, p. 22–66.
Weikart D.P., Rogers L., Adock C. şi McCleland D. (1971), *The cognitively oriented curriculum: a framework for preschool teachers*, Washington, National Association for the Education of Young Children.
Wenar C. şi Kerig P. (2000), *Developmental psychopathology. From infancy through adolescence*, ediţia a IV-a, Boston, McGraw-Hill.
Werner E.E. şi Smith R.S. (1982/1989), *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*, New York, Adams, Bannister, Cox.
Werner E.E. şi Smith R.S. (2001), *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*, Ithaca, Cornell University Press.

II.

Reziliență și psihoterapie

Serban Ionescu

Pătrunderea conceptului de reziliență în domeniul psihoterapiilor este de dată relativ recentă și puține publicații sunt consacrate acestei noi tendințe. În analiza acestei abordări, este necesar să distingem între o orientare mai curând teoretică și consecințele ei în plan practic.

Din punct de vedere mai curând teoretic, reziliența este evocată odată cu punerea în discuție a procesului psihoterapeutic și, în special, a potențialului uman pentru schimbare și a eficienței psihoterapiilor. Bohart și Tallman (2010) insistă în special asupra faptului că procesul de reziliență și de creștere posttraumatică confirmă existența unui potențial de autovindecare în cazul anumitor persoane. Kelley, Bickman și Norwood (2010), pe de altă parte, regretă faptul că cercetările asupra variabilelor legate de pacient, implicate în problema psihoterapiilor, au neglijat punctele forte ale celor care intră într-un proces psihoterapeutic[1]. Astfel, de exemplu, deși există un volum tot mai mare de cercetări asupra rezilienței tinerilor (Bonanno și Mancini, 2008), relația acestei caracteristici cu rezultatele terapiei rămâne în mare măsură necunoscută.

Conceptul de potențial de autovindecare[2] nu este neutru și editorii recentei lucrări asupra schimbării în psihoterapie — Duncan, Miller, Wampold și Hubble (2010) — se întreabă dacă acesta nu poate stigmatiza persoanele care au nevoie de psihoterapie și pe acelea care nu reușesc să beneficieze de pe urma psihoterapiei. În răspunsul lor, Bohart și Tallman (2010) sugerează că persoanele care dau dovadă de reziliență au aproape întotdeauna (eu aș spune

---

1 În capitolul lor, Kelley *et al.* se concentrează asupra proceselor psihoterapeutice la pacienții tineri.

2 Într-un articol care a stârnit numeroase reacții, Eysenck afirma, chiar din 1952, că aproape două treimi din pacienții nevrotici, indiferent dacă urmau sau nu o psihoterapie, își reveneau sau prezentau o ameliorare pe parcursul celor doi ani care urmau debutului tulburării.

întotdeauna!) nevoie de ajutorul unei alte persoane: un membru al familiei, un cadru didactic sau, în general, un mentor sau un tutore de reziliență. Din contră, alte persoane au nevoie de un terapeut pentru a-și mobiliza abilitățile de schimbare. Iar Bohart și Tallman insistă asupra importanței ascultării pacienților ca pe niște persoane proactive, pentru a găsi modalități de a le mobiliza potențialitățile. În acest context, Bohart și Tallman amintesc cazul lui Molly (Duncan, Hubble și Miller, 1997) — o fetiță de zece ani care suferea de coșmaruri și nu putea să doarmă în patul ei — care reprezintă un exemplu clasic al faptului că terapeuții pretind „a ști ce e mai bine" pentru un pacient și ignoră ceea ce ar putea spune acesta. Ascultată fiind de un alt terapeut, Molly s-a dovedit a fi capabilă să găsească o soluție la problemele sale. Acest exemplu arată, de asemenea, că pacienții care dispun de un potențial de schimbare nu-l pot mobiliza decât cu ajutorul unui terapeut. Psihoterapia oferă, într-adevăr, posibilitatea de a stabili o relație care aduce sprijin, care permite reflectarea împreună cu o altă persoană, aceasta contribuind la trezirea speranței. În viața de zi cu zi, există numeroase persoane care nu dispun de o relație care să le poată ajuta să depășească dificultățile vieții. Psihoterapia oferă, de asemenea, un cadru propice (îndeosebi sigur din punct de vedere emoțional) — de care aceste persoane nu dispun în viața lor cotidiană — pentru a se concentra asupra propriilor probleme.

Într-un plan mai practic[1], utilizarea conceptului de reziliență deschide perspective foarte promițătoare, dar și în acest caz publicațiile disponibile sunt rare. Un exemplu îl constituie publicațiile ce dezvăluie felul în care practica art-terapiei poate veni în întâmpinarea conceptului de reziliență (Malchiodi, 1998). Unii autori insistă asupra posibilității de a descoperi indicatori de reziliență în realizările artistice ale pacienților care au suferit traume și care au beneficiat de art-terapie (Malchiodi, 1998; Morgan și White, 2003). Alți cercetători au utilizat art-terapia pentru a susține procesul de reziliență în grupurile de persoane care au suferit o traumă sau care prezintă riscul de a dezvolta tulburări (Stepney, 2001; Waaktaar, Christie, Borge și Torgensen, 2004).

Într-o trecere în revistă a publicațiilor care permit înțelegerea felului în care art-terapia contribuie la dezvoltarea rezilienței persoanelor, Worrall și Jerry (2007) discută rolul creativității, al ridicării stimei de sine, al importanței susținerii sociale și al conectării la ceilalți. Reziliența și procesul creativ sunt

---

[1] Într-adevăr, apar câteva elemente, în publicațiile citate în rândurile ce urmează, care privesc procesul terapeutic și sunt indirect legate de practică.

intim legate. Creativitatea nu constituie doar o caracteristică a persoanelor reziliente, ci ea contribuie la dezvoltarea rezilienței.

Art-terapia stimulează creativitatea, care joacă un rol important în procesul ce duce către reziliență. În același timp, art-terapia susține mecanismele de adaptare[1] și restabilește sentimentul de control asupra evenimentelor și stima de sine. Realizarea unui produs artistic oferă, într-adevăr, oportunitatea ameliorării stimei de sine și exprimării sentimentelor. A avea o persoană care înțelege problemele pe care le întâmpinați după suferirea unei traume și care vă oferă susținere este o situație esențială pentru construirea rezilienței, iar aceasta se întâmplă în mod obișnuit în art-terapie ca, de altfel, în orice terapie. În cele din urmă, ședințele de art-terapie în grup facilitează contactul cu alte persoane care au trăit evenimente traumatizante și, într-o manieră mai extinsă, cu comunitatea.

Pentru a ilustra felul în care conceptul de reziliență poate contribui la deschiderea unor noi perspective în ceea ce privește psihoterapia, următoarele două secțiuni ale acestui capitol vor fi consacrate psihoterapiei bazate pe punctele forte ale persoanei și terapiei familiale.

Psihoterapia bazată pe punctele forte ale persoanei

Abordarea psihoterapeutică bazată pe punctele forte se află la început. Își are originea în psihologia pozitivă, iar unul dintre principalii reprezentanți ai acestui curent, Seligman (2002), insista asupra importanței intervenției bazate pe puncte forte, pe care o consideră esențială atât în terapie, cât și în prevenție.

Dacă mult timp psihoterapia s-a focalizat asupra tulburărilor psihice, asupra patologiei, începând cu anii 1990 psihoterapeuții au început să integreze în terapie o abordare bazată pe punctele forte ale persoanei. Acest tip de terapie poate fi combinat cu terapiile fondate pe alte orientări teoretice, precum terapiile cognitive, psihodinamice și sistemice.

Norine Johnson[2] a adus o contribuție importantă la dezvoltarea psihoterapiei bazate pe puncte forte și orientate spre construirea rezilienței persoanei. Într-un articol publicat în 2003, ea oferă informații despre metoda terapeutică pe care o aplică, alături de terapia cognitivă și terapia familială, la

---

[1] Flach (1988) a descoperit că persoanele creative tind să aibă strategii de adaptare pe care le consideră puternice.

[2] Norine Johnson a devenit copreședintă a grupului special pentru adolescență al Asociației Americane de Psihologie. Ea utilizează intervenții bazate pe competențe, de la începutul anilor 1990.

adolescenţi care prezintă tulburări anxioase, o tulburare distimică, o tulburare de deficit de atenţie/hiperactivitate şi tulburări de adaptare. Potrivit lui Johnson, această metodă este contraindicată atunci când unul sau ambii părinţi suferă de o tulburare psihică sau o deficienţă intelectuală şi când în familie este prezentă maltratarea.

Johnson a elaborat, de asemenea, o serie de instrumente care să permită colectarea unor informaţii utile în acest tip de terapie: (a) un chestionar pentru părinţi, despre punctele forte ale adolescentului; (b) un chestionar pentru adolescent, despre propriile puncte forte şi (c) un chestionar de practici parentale care începe cu o întrebare despre atributele parentale pozitive ale mamei şi apoi ale tatălui. O altă întrebare vizează modurile de exercitare a rolurilor matern şi patern în familia de origine a părinţilor.

Pornind de la experienţa sa în psihoterapia bazată pe puncte forte, Norine Johnson observă o rată scăzută de abandon, o reducere a numărului de şedinţe necesare pentru terminarea terapiei cu un grad ridicat de satisfacţie.

Pentru a înţelege cum poate fi utilizată această metodă, Johnson descrie în detaliu cazul unei adolescente, Ann, şi travaliul psihoterapeutic întreprins cu această fată de 13 ani şi părinţii săi, domnul şi doamna Cabot. Fiind un caz interesant şi existând posibilitatea de a transpune anumite elemente ale metodei utilizate aici de Johnson în terapia altor persoane, am hotărât să prezint în această secţiune a capitolului un rezumat al cazului Annei şi al derulării terapiei sale (studiul de caz 1).

STUDIUL DE CAZ 1

Exemplu de terapie bazată pe punctele forte

Ann este cel de-al patrulea copil al familiei Cabot. Ea provine dintr-o sarcină gemelară, iar fratele său geamăn (sexul său nu este precizat) a murit la câteva luni de la naştere. Mama Annei a suferit mult de pe urma pierderii acestui copil.

Ann are probleme la şcoală şi acasă. Nu îşi face temele, nu respectă regulamentul şcolii, pleacă de la şcoală la ora prânzului împreună cu un băiat, nu înmânează părinţilor evaluările şcolare.

Dacă ceilalţi copii ai familiei sunt cuminţi, au rezultate şcolare foarte bune şi prieteni pe care părinţii îi îndrăgesc, comportamentul Annei îi neliniştește pe toţi membrii familiei. Faptul că nu îşi face temele şi că are note proaste declanşează numeroase discuţii. Totodată, Ann se revoltă împotriva regulilor familiei, doreşte mai multe privilegii şi, în cele din

urmă, refuză comunicarea cu membrii familiei. Ann are un grup de prieteni mai mari, care au început să se angajeze în comportamente antisociale, dar ea nu a participat până acum la aceste activităţi. Părinţii săi sunt îngrijoraţi, de asemenea, că ar putea „face anumite lucruri" cu un băiat. Ca reacţie la comportamentul Annei, părinţii i-au limitat timpul de vizionare a programelor TV şi folosirea telefonului şi nu îi dau voie să-şi viziteze prietenii.

Procesul terapeutic începe printr-o întâlnire cu părinţii. Atunci când Norine Johnson îi întreabă „care sunt punctele forte ale Annei", domnul şi doamna Cabot răspund povestind cum era ea în copilărie: Ann era o elevă bună, făcea ce i se cerea. Acum le răspunde pe un ton agresiv şi nu face decât ce doreşte ea. Pe scurt, familia Cabot nu a menţionat niciun punct forte.

În faţa acestor răspunsuri, Johnson reia întrebarea, cerându-le părinţilor Annei să-i spună cinci puncte forte pe care le-au observat la fiica lor şi cinci competenţe pe care le-a dobândit. Părinţii răspund amintind personalitatea Annei, sociabilitatea sa, abilităţile sale sportive, dragostea pentru animale şi achiziţiile în domeniul artistic. Cerându-li-se să numească cinci activităţi care îi plac, ei au menţionat două sporturi. În cele din urmă, întrebaţi fiind ce face Ann atunci când este anxioasă, furioasă sau tristă, răspund că se duce în camera sa ori pleacă de acasă.

Prin urmare, la începutul terapiei, Johnson a încercat să descopere calităţile Annei, prin ce se putea face remarcată pozitiv, mai ales în ceea ce priveşte punctele forte şi competenţele sale, activităţile pe care le întreprinde cu plăcere, strategiile pe care le foloseşte pentru a se linişti. Întrebările puse familiei Cabot fac parte din chestionarul punctelor forte elaborat de Johnson pentru părinţii adolescenţilor. Cu această ocazie, terapeutul observă că părinţilor Annei le era greu să menţioneze aspectele pozitive şi continuau să vorbească numai despre ce nu era în regulă cu fiica lor. Oricum, au negat că Ann ar fi avut tentative suicidare, ar folosi droguri sau ar fuma.

La finalul acestei prime şedinţe, Johnson a făcut o serie de precizări părinţilor Annei:

- le-a explicat că ea lucrează cu familia şi că obiectivele sale sunt facilitarea comunicării şi reinstalarea unui sentiment de bine şi de încredere;
- a precizat că părinţii trebuie să se implice în procesul terapeutic şi să se arate deschişi la schimbare;
- a precizat că vor fi invitaţi (individual sau împreună) la şedinţele Annei, atunci când aceasta se va considera în stare să le accepte participarea;

— a informat părinții că procesul terapeutic se va focaliza, la început, asupra a ceea ce o preocupă pe Ann;
— i-a îndemnat să consulte un medic (psihiatru sau pediatru), pentru un eventual tratament medicamentos (părinții au răspuns că nu luau deocamdată în calcul această idee);
— a informat părinții despre limitele etice ale demersului terapeutic. Le-a spus că, dacă apărea un aspect ce privea familia la vreuna dintre ședințele la care participa numai Ann, terapeuta va încerca s-o ajute pe Ann să împărtășească acel lucru părinților. În articolul său, Johnson precizează că în psihoterapia bazată pe puncte forte problema confidențialității trebuie gestionată în mod explicit. Regula este că tot ceea ce părinții spun referitor la ei înșiși rămâne confidențial. Părinții pot contacta terapeutul pentru a aduce informații sau pentru a-și împărtăși neliniștile, dar trebuie să-și anunțe fiica. Oricum, următoarea ședință cu adolescenta va fi începută spunând: „Au sunat părinții tăi și mi-au spus următoarele..." Răspunsul la întrebările părinților trebuie dat în așa fel încât adolescenta să-l poată auzi. În caz de urgență, se stabilește o întâlnire în 24 de ore sau, dacă este vorba de o comunicare telefonică, se solicită și prezența adolescentei la telefon.

Pe parcursul celei de-a doua ședințe, psihoterapeuta a întâlnit-o pe Ann, care a început prin a-i spune că părinții nu-i respectă intimitatea: îi citesc corespondența, probabil că i-au citit și jurnalul, îi caută prin hârtii și nu sunt de acord ca ea să-și închidă ușa camerei. În plus, dacă o petrecere se termină la ora 22:00, părinții ei vin să o ia la ora 21:00.

Terapeuta îi explică Annei — care se îndoiește puternic de utilitatea acestei terapii — că vor lucra asupra aspectelor care o interesează pe Ann și că va insista cu precădere în lucrul cu Ann și cu părinții ei asupra respectării intimității sale.

Pe parcursul acestei ședințe, Ann a menționat spontan două activități care îi plăceau: escalada și desenul. Johnson a rugat-o, atunci, să se gândească mai mult la punctele sale forte și să completeze chestionarul de evaluare a punctelor forte (forma pentru adolescenți). Aceasta însemna să întocmească o listă cu:

— cinci domenii în care se considera puternică;
— cinci domenii în care alții o considerau puternică, atunci când era mai mică;

— cinci lucruri pe care le face pentru a se liniști, atunci când e anxioasă, furioasă sau tristă;
— cinci persoane despre care consideră că dau dovadă de puncte forte;
— cinci lucruri care îi plac la aspectul și la corpul său;
— cinci lucruri pe care prietenii le-ar spune despre ea.

În răspunsurile sale, Ann:

— găsește numai două domenii în care consideră că manifestă puncte forte;
— menționează că, atunci când era mai mică, părinții ei o considerau „drăguță";
— spune că preferă singurătatea atunci când e anxioasă, furioasă sau tristă;
— menționează doi muzicieni (dintre care unul s-a sinucis), considerându-i persoane cu puncte forte;
— spune că nu-i place nimic la aspectul sau la corpul său;
— crede că prietenii săi ar cataloga-o drept interesantă și diferită.

Pe baza datelor culese, Johnson e de părere că Ann este o adolescentă depresivă (punându-i chiar diagnosticul de tulburare distimică cu debut precoce)[1] și care riscă să-și facă singură rău angajându-se în comportamente riscante și recurgând la gesturi impulsive. În urma examinării rezultatelor testelor anterioare, a situației școlare și a materialului cules pe parcursul ședințelor, Johnson a ajuns la concluzia că Ann satisfăcea patru din cele șase criterii pentru neatenție și niciunul pentru hiperactivitate, ale diagnosticului de tulburare deficit de atenție/hiperactivitate.

Johnson e de părere că doliul după geamănul Annei, nerezolvat, explică în bună parte comportamentele hiperprotectoare pe care părinții le au față de Ann. Johnson consideră, de asemenea, că setul de credințe, valori și norme referitoare la gen ale soților Cabot au avut un impact major asupra practicilor parentale aplicate Annei. Ann se comporta foarte diferit față de așteptările lor: prefera sporturile individuale, prefera compania băieților, prefera ținutele nefeminine, îi plăcea hard-rock-ul. Același lucru se petrecea în clasă, unde era mai degrabă prost dispusă decât prietenoasă cu colegii și profesorii săi. Era distrată (atitudine interpretată ca lipsă de interes) și,

---

[1] În acest context, trebuie semnalat că există antecedente de depresie în familiile de origine ale ambilor părinți, incluzând și un suicid. Unchii materni ai Annei aveau probleme de adicție.

uneori, își uita temele acasă chiar dacă și le făcuse. Sau o tulburare de atenție (inclusă într-o tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate) contribuia, probabil, la dificultățile sale școlare. În acest context familial și școlar, punctele forte ale Annei erau percepute mai mult ca puncte forte ale unui băiat, ale unuia care face boacăne.

Pornind de la aceste date, Johnson a elaborat un plan terapeutic având următoarele obiective:

- îmbunătățirea relațiilor dintre Ann și părinții săi;
- ajutarea părinților Annei să înțeleagă că luau în considerare mai mult stereotipurile sociale decât punctele forte ale fiicei lor;
- încurajarea Annei să-și spună propriul punct de vedere, în loc să se exprime prin comportamente riscante și inadecvate;
- deprinderea de către Ann a unor tehnici de rezolvare a problemelor;
- lucrul cu părinții și personalul didactic pentru a-i oferi Annei posibilitatea de a învăța într-un mod adecvat stilului său de învățare.

Pentru a o ajuta pe Ann să-și rezolve dificultățile școlare, Johnson a făcut două sugestii: (a) adolescenta să fie evaluată din punct de vedere neuropsihologic; (b) să participe la ședințe individuale de meditații. Ca urmare a acestor ședințe de meditații, notele Annei, ca și rapoartele profesorilor săi s-au îmbunătățit.

Terapia s-a întins pe parcursul a 22 de ședințe, cuprinzând ședințele diagnostice inițiale, ședințe individuale cu Ann și, respectiv, cu mama sa, ședințe cu cei doi părinți, ședințe de familie, o ședință de feedback și trei ședințe pentru finalizarea terapiei. Trebuie reținut că Ann a acceptat treptat participarea mamei sale la ședințele ei individuale, cel puțin în ultimele 5–10 minute.

Pe parcursul ședinței individuale solicitate de mamă, aceasta a vorbit despre depresia pe care i-a declanșat-o moartea geamănului Annei. A reieșit că nu făcuse doliul acelui bebeluș și, în timpul ședinței, a recunoscut că era hiperprotectoare cu Ann, temându-se că aceasta ar putea muri. În ședința următoare, mama și fiica au discutat pentru prima dată împreună despre acest eveniment. Atunci, Ann a declarat că este pregătită să-l primească și pe tatăl ei la următoarea ședință, pentru a aborda acest subiect.

Într-una dintre ședințele la care au participat părinții singuri, Johnson i-a recomandat tatălui să o invite pe Ann o sâmbătă pe lună să ia micul dejun în oraș. Totodată, terapeuta i-a făcut și recomandări în privința derulării acestor ieșiri: să nu o preseze pe Ann cu întrebări despre școală sau

despre prietenii săi, să nu dea un caracter prea serios discuției și să meargă acolo la ora la care adolescenții obișnuiesc să-și ia micul dejun sâmbăta.

Terapia realizată de Johnson a dat rezultate și, spre mijlocul seriei de 22 de ședințe, Ann și părinții săi au declarat că simt cum „lucrurile încep să meargă mai bine". Printre rezultatele obținute, aș menționa:

- faptul că Ann a devenit capabilă să negocieze, într-o manieră mai adecvată, diverse solicitări adresate părinților săi (închiderea ușii de la camera sa, obținerea unor lucruri diverse, precum permisiunea de a merge într-o „tabără de aventură" cu durata de șase săptămâni sau de a intra într-o echipă de fotbal care nu aparținea școlii);
- reducerea interacțiunilor negative și creșterea numărului interacțiunilor pozitive;
- o ameliorare a comunicării. Astfel, Ann împarte cu părinții săi interesul pentru sport și activități în aer liber și începe să-și exprime punctul de vedere într-un mod care le permite părinților săi să o audă;
- părinții încep să aprecieze punctele forte ale Annei;
- părinții încep să-și modifice așteptările în privința Annei. Totuși, tatăl acceptă în continuare cu dificultate stilul independent al Annei și interesul acordat de ea activităților pe care el le consideră mai adecvate pentru un băiat.

Evoluția Annei nu este totuși liniară. După patru luni de terapie, Ann pleacă de acasă fără a-și anunța părinții. În cele din urmă se întoarce, foarte răvășită, pentru că tocmai se despărțise de prietenul ei. Relațiile cu părinții devin încordate, iar Annei i se interzice să mai iasă din casă timp de o săptămână. Notele sale încep să scadă, iar meditatorul se plânge de lipsa sa de implicare.

Contrar scenariului care avea loc la începutul terapiei, Ann reușește să vorbească cu părinții săi și, ușor, ușor, le împărtășește ce simte, le spune că suferă din cauza rupturii de prietenul său. La rândul lor, și părinții reacționează diferit. Înțeleg că pentru fiica lor este vorba de o pierdere și dau dovadă de empatie. Cu această ocazie, spre surpriza Annei și a tatălui său, mama Annei merge până acolo încât să relateze că ea însăși, adolescentă fiind, a fost „lăsată baltă" de un băiat.

După cinci luni de terapie, Johnson primește raportul neuropsihologic, care confirmă faptul că Ann are o inteligență superioară, însă prezintă dificultăți de atenție auditivă și o abilitate relativ scăzută de prelucrare

a informațiilor spațio-vizuale. Acest raport și observațiile meditatorului ajută școala să-și adaptaze metoda la stilul de învățare al Annei.

La finalul terapiei, Johnson constată că:

- Ann nu mai manifestă semne clinice de depresie;
- riscul apariției comportamentelor inadecvate este semnificativ redus;
- Ann și părinții săi sunt reconectați din punct de vedere emoțional;
- Ann și părinții săi au o relație pozitivă și de susținere;
- Ann și părinții săi sunt capabili să negocieze provocările adolescenței;
- rezultatele școlare ale Annei s-au îmbunătățit într-un mod evident și s-a observat o creștere a capacității sale de finalizare a proiectelor pe termen mai lung și a participării sale la discuțiile din clasă;
- părinții acceptă din ce în ce mai mult că punctele forte ale Annei sunt adecvate pentru o fată;
- Ann își acceptă din ce în ce mai mult corpul și resimte mai puțin nevoia să-l ascundă sub haine și sub un machiaj întunecat;
- Ann și-a părăsit tăcerea cvasicronică, nu mai este tot timpul prost dispusă și este capabilă să-și exprime sentimentele, credințele și trebuințele.

La finalul terapiei, părinții Annei au fost încurajați să contacteze psihoterapeuta dacă aveau nevoie de ajutorul ei sau dacă doreau să îi pună întrebări. Din punctul de vedere al lui Johnson, prognosticul Annei și al familiei sale este bun.

Utilizarea demersului terapeutic adoptat de Norine Johnson deschide perspective interesante pentru abordarea adolescentelor cu probleme. Faptul de a le ajuta să-și conștientizeze calitățile, deschizând, totodată, și ochii părinților lor asupra acestora, determină o schimbare majoră a interacțiunilor între adolescente și părinții lor și îmbunătățește modul de funcționare a familiei.

Terapie familială și reziliență

Discutând despre reziliența familială în situațiile traumatizante, Delage (2002) vorbește despre *susținere în travaliul de reziliență*. El arată, pentru prima dată, că această susținere trebuie să fie adaptată în funcție de mai mulți factori:

(a) natura situațiilor întâlnite; (b) consecințele acestor situații; (c) locurile ocupate de vicimă/victime în sistemul familial și (d) vârsta victimelor. Abordarea diferă, de asemenea, în funcție de momentul în care este întâlnită familia (imediat, după un interval mediu de timp sau după mult timp de la situația traumatizantă).

Travaliul de susținere a rezilienței implică, în același timp, elemente comune, pe care Delage le definește ca (a) menținerea și/sau întărirea legăturilor intrafamiliale, care ar trebui să se producă într-un cadru flexibil, cu ședințe individuale și colective, implicând unul sau mai mulți terapeuți; (b) travaliul asupra celor trăite, emoțiilor și reprezentărilor lor, terapia fiind astfel focalizată asupra unei reacții terapeutice la suferință, și nu asupra rezolvării de probleme; (c) travaliul asupra interacțiunilor comportamentale și asupra funcționalității familiei, funcționalitate care trebuie menținută chiar cu prețul unor importante schimbări fenomenologice și structurale.

Delage (2004) adaugă o dimensiune care susține travaliul de reziliență, esențială după opinia sa, și care este activitatea de mentalizare și reprezentare, dezvoltată pornind de la procesul narativ declanșat în sânul familiei.

Constatând că reziliența este în mare măsură condiționată de modelele de relaționare interpersonală, Rutter (1999) consideră că noțiunea de reziliență este adecvată domeniului terapiei familiale[1]. În acest articol, Rutter formulează o serie de opt observații rezultate din cercetările asupra rezilienței, observații care pot constitui „mesaje" pentru cei care practică terapia familială.

1) În dezvoltarea rezilienței, precum și în apariția tulburărilor psihice, sunt implicați multipli factori de protecție și de risc, iar efectul acestor factori este cumulativ.
2) Reacțiile copiilor la stresul psihosocial și la adversitate sunt diferite, iar această variabilitate este o funcție a vulnerabilității la factorii de risc, vulnerabilitate asociată cu influențele genetice, caracteristicile individuale, factorii de mediu. Sensibilitatea la factorii de risc poate avea legătură și cu experiențele trăite anterior de copii.
3) Factorii care afectează familia în ansamblul său (precum conflictele și tensiunile familiale cronice), deși au un potențial patogen important,

---

[1] . Este de remarcat că mai mulți autori au propus abordări terapeutice bazate pe reziliență și centrate asupra familiei. Este cazul lui Walsh (1998), care a descris o metodă de intervenție destinată familiilor vulnerabile, prezentând multiple episoade de criză și trăind un stres permanent. Pe de altă parte, se urmărește promovarea rezilienței în terapia familială scurtă centrată pe copil, elaborată de Beardslee, Versage, Van de Velde, Swatling și Hoke (2002), destinată familiilor în care părinții suferă de tulburări afective.

au efecte destul de diferite asupra copiilor care trăiesc în aceeaşi familie. Totodată, factorii care acţionează asupra unui singur copil pot avea efecte mai importante asupra acestui copil decât factorii care acţionează asupra întregii familii.

4) Durabilitatea efectelor adversităţii este influenţată de reacţii în lanţ. Din cauza unor astfel de reacţii negative în lanţ, efectele patologice ale stresului precoce şi ale adversităţii pot persista pe parcursul unor lungi perioade.
5) Reducerea reacţiilor negative în lanţ şi înmulţirea reacţiilor pozitive în lanţ pot reduce riscul durabilităţii reacţiilor la stres şi adversitate.
6) Evenimentele şi situaţiile noi pot crea oportunităţi care duc la adevărate răsturnări de situaţie şi, astfel, pot fi întrerupte cercuri vicioase care antrenează moduri de funcţionare disfuncţionale.
7) Deşi situaţiile sau evenimentele pozitive nu au un efect protector important, pot fi utile prin neutralizarea anumitor factori de risc.
8) Elaborarea cognitivă şi afectivă a situaţiilor trăite — constând, mai ales, în oferirea unui sens celor petrecute — joacă un rol în dezvoltarea rezilienţei.

Odată prezentate aceste observaţii — „mesaje", Rutter formulează trei concluzii importante pentru realizarea terapiei familiale:

— efectul unui factor de risc este mai slab decât efectul cumulativ al mai multor factori de risc. Aceasta sugerează că o reducere a nivelului global, cumulativ, al factorilor de risc poate fi foarte benefică, deşi continuă să fie prezenţi factori de risc;
— diferenţele individuale în ceea ce priveşte sensibilitatea la risc sunt importante. Deci, este util de analizat poziţia şi rolul fiecărui copil în dinamica familială, ca şi diferenţele faţă de alţi copii din aceeaşi familie. În acelaşi timp, este important de examinat felul în care comportamentul fiecărui copil modelează răspunsurile celorlalte persoane şi, prin urmare, interacţiunile cu ele;
— reducerea impactului negativ este o problemă importantă în terapie. Supravegherea parentală şi monitorizarea activităţilor copiilor pot limita expunerea la factorii de risc în grupul de prieteni şi în comunitate. De asemenea, este importantă evitarea sau măcar reducerea fenomenului ţapului ispăşitor şi transformarea în ţintă a unuia dintre copii, atunci când părinţii sunt afectaţi de stres. Când ambianţa de acasă este

neplăcută, copiii aleg adesea să se îndepărteze de familie, iar acest comportament le poate fi benefic. Intervenţia terapeutică trebuie să reducă posibilitatea instalării unor cercuri vicioase de schimburi coercitive. În cele din urmă, nu trebuie să uităm că factorii de risc, la fel ca şi cei de protecţie, acţionează atât în grupul de prieteni şi în comunitate, cât şi în familie.

Seymour şi Erdman (1996) aplică procesele de protecţie descrise de Rutter (1987) în terapia familială prin joc, metodă terapeutică ce combină terapia prin joc şi terapia familială[1]. În acest tip de terapie, la majoritatea şedinţelor participă împreună părinţii şi copiii. Şedinţele au loc într-o încăpere în care un colţ este destinat conversaţiei, iar un altul, terapiei prin joc — şi echipat cu jucării. Felul în care este aranjată sala permite o comutare facilă între intervenţiile de tip terapie familială şi cele de tip terapie prin joc.

Datorită importanţei recomandărilor făcute de Seymour şi Erdman în ceea ce priveşte aplicarea, în terapia familială prin joc, a proceselor de protecţie descrise de Rutter, prezentarea lor detaliată devine indispensabilă. Primul proces de protecţie constă în *transformarea riscului*. Poate fi realizată modificând percepţia asupra acestuia sau repetând răspunsurile date în situaţiile de risc–sursă. Utilizând, de exemplu, jucării, marionete şi animale împăiate, copilul îşi poate pune în scenă şi repeta drama personală, modificându-şi astfel percepţia asupra situaţiei trăite. Printr-o abordare nondirectivă, terapeutul îl poate ajuta pe copil să-şi joace drama într-o manieră tot mai adaptativă. Impactul emoţional al situaţiei trăite se va diminua astfel, iar copilul va avea sentimentul că are un mai bun control asupra situaţiilor de viaţă. În alte cazuri, terapeutul ar putea utiliza o abordare mai structurată, pentru a încuraja copilul să-şi asume riscul.

Al doilea proces este acela al *reducerii reacţiilor negative în lanţ*, strategie utilizabilă atunci când este vorba despre tulburări care durează de mult timp şi care reprezintă urmările unor situaţii de risc trăite anterior. În ce constă aceste reacţii negative în lanţ? Stresul creşte anxietatea copiilor, ceea ce le afectează capacitatea de concentrare, dispoziţia şi capacitatea de a se odihni. Aceste consecinţe ale anxietăţii reduc, la rândul lor, capacităţile copilului de a face faţă situaţiilor stresante pe care le întâlneşte în continuare, crescându-i şi mai mult nivelul de anxietate. În acelaşi timp, adulţii care fac parte din sistemul

[1] Combrinck-Graham (1989) şi Ariel (1992) se numără printre primii care propun această formă de terapie.

de susţinere a copilului trec şi ei adesea printr-o stare de anxietate faţă de situaţia pe care o trăiesc copilul şi familia în ansamblul său. Se creează astfel o legătură interactivă între reacţiile acestor adulţi şi reacţiile negative în lanţ care afectează copilul. Pe lângă anxietate, reacţiile adulţilor cuprind furie, iritare, critici şi o retragere a afecţiunii faţă de copil. Aceste reacţii sporesc, în mod evident, riscul trăit de copil. Toate modelele interactive descrise pot fi scoase în evidenţă şi observate de terapeut pe parcursul şedinţelor de terapie familială prin joc.

În faţa acestor înlănţuiri, clinicianul care utilizează terapia familială prin joc are posibilitatea de a mobiliza o serie de reacţii în lanţ, de data aceasta pozitive. Adesea, copiii îşi imaginează lupte cu soldaţi sau cu dinozauri. În acest fel pot pune în scenă conflictul, rezolvându-l treptat. Pentru a ajuta copilul să exploreze soluţii alternative, şi terapeutul poate adăuga un personaj, pune o întrebare sau propune o nouă întorsătură a intrigii.

În acest context, terapeutul poate implica părintele în terapia prin joc. Aceasta îi oferă părintelui posibilitatea de a iniţia noi interacţiuni cu copilul şi de a le exersa pe parcursul şedinţei. Reformularea modului de interpretare a comportamentelor copilului îi permite terapeutului, în anumite cazuri, să ofere părintelui un punct de vedere alternativ referitor la copilul său, ceea ce poate declanşa o schimbare la acel părinte. Astfel, un copil considerat dificil şi manipulator de părintele său, care vede necesară stabilirea unor limite foarte stricte în ceea ce-l priveşte, poate apărea pe parcursul terapiei ca un copil care are nevoie de alinare. Poate fi facilitată în acest fel modificarea reacţiilor parentale, iar noile comportamente ale părintelui pot influenţa comportamentul copilului. Toate acestea contribuie la crearea unor serii de reacţii pozitive în lanţ.

Al treilea proces de protecţie îl reprezintă *întărirea stimei de sine şi a eficienţei personale*. Clinicianul care utilizează terapia familială prin joc poate atinge acest obiectiv întărind relaţiile sigure şi armonioase ale copiilor şi ajutându-i să realizeze cu succes sarcinile pe care le au de îndeplinit.

În cadrul primei şedinţe, părinţii prezintă adesea „problemele" copilului. Acestuia i se întăreşte astfel sentimentul că este judecat, ceea ce îl îndepărtează şi mai mult de părinţii săi. Totodată, părinţii ajung adesea la terapeut cu sentimentul de a fi eşuat în exercitarea rolului lor parental. O abordare orientată pe căutarea soluţiilor viabile pentru aceste probleme reduce atât la copil, cât şi la părinţii săi sentimentul de a fi judecaţi şi blamaţi.

O problemă majoră este aceea a dezvoltării şi menţinerii relaţiei terapeutice cu copilul. Doliul nerezolvat al relaţiilor rupte din pricina tranziţiilor pe care

e posibil să le fi trăit copilul îl determină să-şi asume cu reticenţă riscul implicat de dezvoltarea unor noi relaţii. Asumarea riscului devine, astfel, un element important al procesului terapeutic. Numeroase tehnici de „joc reciproc" — precum, de exemplu, „jongleria reciprocă"[1] — sunt foarte utile în acest scop. Astfel de jocuri simple pot fi, de asemenea, practicate de părinte şi de copil.

Pentru copiii cu probleme de ataşament, terapeutul trebuie să utilizeze activităţi de construire a relaţiei, care să fie repetate pe parcursul şedinţelor. Jocurile ca „de-a ascunselea" sau „goana după comoară" sunt în mod deosebit recomandate pentru a permite membrilor familiei să se reconecteze unii la alţii. Menţionăm, de asemenea, că părinţii cu o slabă stimă de sine şi un sentiment de eficienţă personală redusă trebuie să primească feedback pozitiv de fiecare dată când metodele lor parentale se dovedesc adecvate. Pornind de la o discuţie despre modul de petrecere a timpului liber în familie, terapeutul poate sugera activităţi părinţi-copil (copii) orientate spre creşterea stimei de sine şi spre ameliorarea sentimentului de eficienţă personală.

Cel de-al patrulea proces de protecţie îl constituie *întărirea oportunităţilor*. Aceasta se poate realiza ajutând părinţii şi copiii lor să aleagă medii mai favorabile creşterii lor personale — adică, medii care permit înmulţirea contactelor sociale şi diversificarea situaţiilor trăite — şi conectarea la resurse familiale şi sociale.

Terapia prin joc îi permite copilului să trăiască într-o altă lume şi să găsească în această experienţă strategii, modalităţi de lucru pe care să le poată transpune în lumea sa reală. Terapia prin joc oferă, de asemenea, posibilitatea de a pune în practică şi de a experimenta viziuni alternative ale sinelui, ale familiei şi ale lumii în general. În cazul familiilor nucleare — din ce în ce mai numeroase — referirea la familia lărgită şi la membrii generaţiilor anterioare (cu precădere bunicii) poate crea oportunităţi prin evidenţierea resurselor care vor permite să se răspundă mai bine nevoilor identificate de către membrii familiei.

Informaţiile furnizate în acest capitol arată că introducerea conceptului de reziliență în domeniul psihoterapiilor, deşi de dată recentă, ar putea duce la progrese interesante. Atât pentru cercetare, cât şi pentru practică, se desprind mai multe căi viitoare. Cu titlu de exemple, aş menţiona: (a) studierea evoluţiei, în urma unei terapii, a pacienţilor cu niveluri foarte diferite de

---

[1] Este vorba de menţinerea în aer a câtorva mingi aruncate în sus, una după alta, de două persoane, în acest caz, de terapeut şi copil şi de părinte şi copil.

rezilienţă — aşa cum au fost evaluate cu instrumentele disponibile — la începutul terapiei; (b) impactul diferitelor tipuri de psihoterapie asupra nivelului de rezilienţă; (c) aplicarea (şi adaptarea) tipului de terapie utilizat de Norine Johnson (2003) cu adolescente şi la alte categorii de pacienţi.

Bibliografie

Ariel S. (1992), *Strategic family play therapy*, New York, J. Wiley.

Beardslee W.R., Versage E.M., Van de Velde P., Swatling S. şi Hoke L. (2002), Preventing depression in children through resiliency promotion: The preventive intervention project, în R.J. McMahon şi R. De V. Peters (coord.), *The effects of parental dysfunction on children*, New York, Kluver Academic/Plenum, p. 71–86.

Bohart B.L. şi Tallman K. (2010), Clients: the neglected common factor, în B. L. Duncan, S. D. Miller, B.E. Wampold şi M.A. Hubble (coord.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy*, ediţia a II-a, Washington, American Psychological Association, p. 83–111.

Bonanno G.A. şi Mancini A.D. (2008), The human capacity to thrive in the face of potential trauma, *Pediatrics*, vol. 121, p. 369–375.

Combrinck-Graham L. (1989), *Children in family contexts: Perspectives on treatment*, New York, Guilford Press.

Delage M. (2004), Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systémicien?, *Thérapie Familiale*, vol. 25, nr. 3, p. 339–347.

Delage M. (2002), Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques, *Thérapie Familiale*, vol. 23, nr. 3, p. 269–287.

Duncan B.L., Hubble M.A. şi Miller S.D. (1997), *Psychotherapy with „imposible" cases: Efficient treatment of therapy veterans*, New York, Norton.

Duncan B.L., Miller S.D., Wampold B.E: şi Hubble M.A. (2010), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy*, ediţia a II-a, Washington, American Psychological Association.

Eysenck H.J. (1952), The effects of psychotherapy: An evaluation, *Journal of Counseling Psychology*, vol. 16, p. 319–324.

Flach, F. (1988), *Resilience: Discovering a new strength at times of stress*, New York, Balantine Books.

Johnson N.G. (2003), On treating adolescent girls: Focus on strengths and resiliency in psychotherapy, *JCLP/In Session*, vol. 59, nr. 11, p. 1193–1203.

Kelley D.S., Bickman L. şi Norwood L. (2010), Evidence-based treatments and common factors in youth psychotherapy, în B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold şi M.A. Hubble (coord.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy*, ediţia a II-a, Washington, American Psychological Association, p. 325–356.

Malchiodi C. (1998), *Understanding children's drawings*, New York, Guilford Press.

Morgan K.E. şi White P.R. (2003), The function of art-making in CISD with children and youth, *International Journal of Emergency Mental Health*, vol. 5, nr. 2, p. 61–76.

Rutter M. (1987), Psychological resilience and protective mechanisms, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 57, p. 316–331.

Rutter M. (1999), Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, vol. 21, 119–144.

Seligman M.E.P. (2002), Positive psychology, positive prevention and positive therapy, în C. R. Snyder şi S.J. Lopez (coord.), *Handbook of positive psychology*, New York, Oxford University Press.

Seymour J.W. şi Erdman P. (1996), Family play therapy using a resiliency model, *International Journal of Play Therapy*, vol. 5, nr. 1, p. 19–30.

Stepney S. (2001), *Art therapy with students at risk*, Springfield, C. C. Thomas Publisher.

Waaktaar T., Chrisite H.J., Borge A.I. şi Torgensen S. (2004), Building youth's resilience within a psychiatric outpatient setting: Results from a pilot clinical intervention project, *Psychological Reports*, vol. 94, nr. 1, p. 363–370.

Walsh F. (1998), *Strengthening family resilience*, New York, Guilford Press.

Worrall L. şi Jerry P. (2007), Resiliency and its relationship to art therapy, *The Canadian Art Therapy Association Journal*, vol. 20, nr. 2, p. 35–53.

III.

Rezistență și reziliență asistate: o contribuție la susținerea educativă și psihosocială

Jean-Pierre Pourtois, Bruno Humbeeck
și Huguette Desmet

„A trăi bine, cu și pentru alții,
în instituții legitime.".

Paul Ricœur

Pentru a veni în ajutorul celor mai fragili membri ai colectivității, ființa umană recurge în genere la serviciile unei instituții. În spațiul instituționalizat, relația de ajutor nu se realizează indiferent cum. Acolo, fiecare, că oferă sau că primește ajutor, anticipează mai mult sau mai puțin ce se așteaptă din partea sa și se conformează în general exigențelor implicite și explicite fixate de context. Forma și natura raporturilor pe care membrii le stabilesc între ei răspund atunci scopurilor, obiectivelor și metodelor instituției.

Prin tradiție, instituțiile s-au angajat întotdeauna să ajute indivizii atunci când circumstanțele vieții riscau să le împiedice dezvoltarea și să le amenințe siguranța existențială. Obiectivul instituțional era asistența, iar subiectul trebuia să se înscrie într-un sistem normativ care le era impus..

Atunci, cum poate fi interpretată apariția practicilor instituționale care se îndepărtează de acest model? Ce se petrece într-un astfel de context atunci când își fac apariția concepte noi? Ce se întâmplă cu noțiunea de reziliență? Cum influențează ea relația de asistență? Ideea de „reziliență asistată" sugerează o evoluție majoră a instituției? Sau, din contră, este o adoptare mai modestă a unor practici vechi care au căpătat un nume nou? O instituție poate

provoca în mod autentic reziliența? Și ce devine ideea de rezistență în acest caz? Poate deveni reziliența exigență instituțională, constrângând fiecare individ să se dezvolte diferit, depășind sentimentul de aneantizare pe care l-a trăit? Ideea de rezilienţă asistată presupune, în definitiv, că trebuie să te deschizi la noi perspective identitare cu orice preț, în orice situație, atunci când e vorba de a depăși o stare traumatică?

Pentru a răspunde la aceste întrebări diferite, ne propunem mai întâi să explorăm paradigma în care înscriem conceptul de rezilienţă. Această schemă de interpretare a fenomenului rezilient integrează într-un singur model analiza comportamentului uman posttraumatic, conceptele de rezilienţă, rezistenţă, irezistenţă și irezilienţă. O astfel de modelare prezintă avantajul de a vedea neodezvoltarea rezilientă ca pe rezultat al unui proces complex și mobil. Traiectoriile rezilienței nu sunt și nu par niciodată a fi lungi fluvii liniștite. Explicarea lor pornind de la un concept izolat sau de la o schemă cauzală liniară ar reprezenta un clișeu.

În continuare, vom dezvolta fiecare dintre conceptele care fac parte din paradigma interpretativă propusă. Acest mod de a proceda va permite *descoperirea acelei părți a sinelui* pe care o pune în joc subiectul atunci când trebuie să reziste sau să se reconstruiască pentru a-și menține identitatea. Obiectivul urmărit constă în a determina ce anume, în procesul dezvoltării, aparține individului și modul în care drumul său personal este luat în considerare de contextul instituțional.

În cele din urmă, vom examina funcționarea instituțională, căutând să scoatem în evidență un ansamblu de criterii care permit deosebirea instituțiilor în funcție de capacitatea lor de a favoriza — sau nu — strategii individuale de rezistență și de tendința lor de a susține — sau nu — traiectorii ale unei noi evoluții reziliente. Dezvoltând aceste perspective, ne vom angaja în *descoperirea rolului jucat de instituție* în procesul rezilient de reconstrucție identitară. Compararea acestor două modalități de reprezentare a procesului de ajutor ne va permite să definim limitele unei metodologii a acțiunii sociale și educative susceptibile de a monitoriza reziliența, care devine astfel mai puțin aleatorie și mai gândită. Într-un asemenea context instituționalizat favorabil rezilienței asistate, devine posibilă stimularea unor strategii de intervenție capabile să încurajeze apariția unor traiectorii de neodezvoltare eliberatoare.

Manciaux (2001) recunoaşte că reziliența este obiectul unui „consens tăcut". Din punctul său de vedere, nu se ştie bine ce reprezintă conceptul şi este dificil de definit. Lighezzolo şi de Tychey (2004) confirmă faptul că formalizarea rezilienței lasă de dorit. Totuşi, adaugă autorii, ea a modificat concepția despre dezvoltarea persoanei şi despre modul în care este privită intervenția. Încercând să schițăm mai clar conceptul, propunem în continuare o paradigmă care să delimiteze câmpul semantic al rezilienței. Pentru aceasta, vom utiliza o axă de interpretare dublă. Prima este axa reziliență–irezilienţă; a doua, axa rezistență–irezistență. Cele patru concepte, reprezentând polii schemei prezentate în Figura 1, constituie strategii „de evadare" utilizate de persoane care au trăit o traumă majoră, adică strategii de a face față colapsului. Acesta se situează, în realitate, în punctul de intersecție al celor două axe, acolo unde nu există nici reziliență, nici irezilienţă, nici rezistență, nici irezistență. Lighezzolo şi de Tychey (2004) subliniază, referitor la aceasta, „că există un anumit număr de patologii (de exemplu, 15 până la 20% dintre depresii) care se vor structura în manieră cronică, indiferent care sunt resursele mobilizate pentru a susține capacitățile reziliente ale subiectului". Ei adaugă că „fericirea nu este întotdeauna posibilă". Întrucât pot exista forțe distrugătoare, care să împiedice individul să-şi utilizeze propriile resurse şi pe acelea oferite de ceilalți. Acolo se manifestă aneantizarea procesului de dezvoltare.

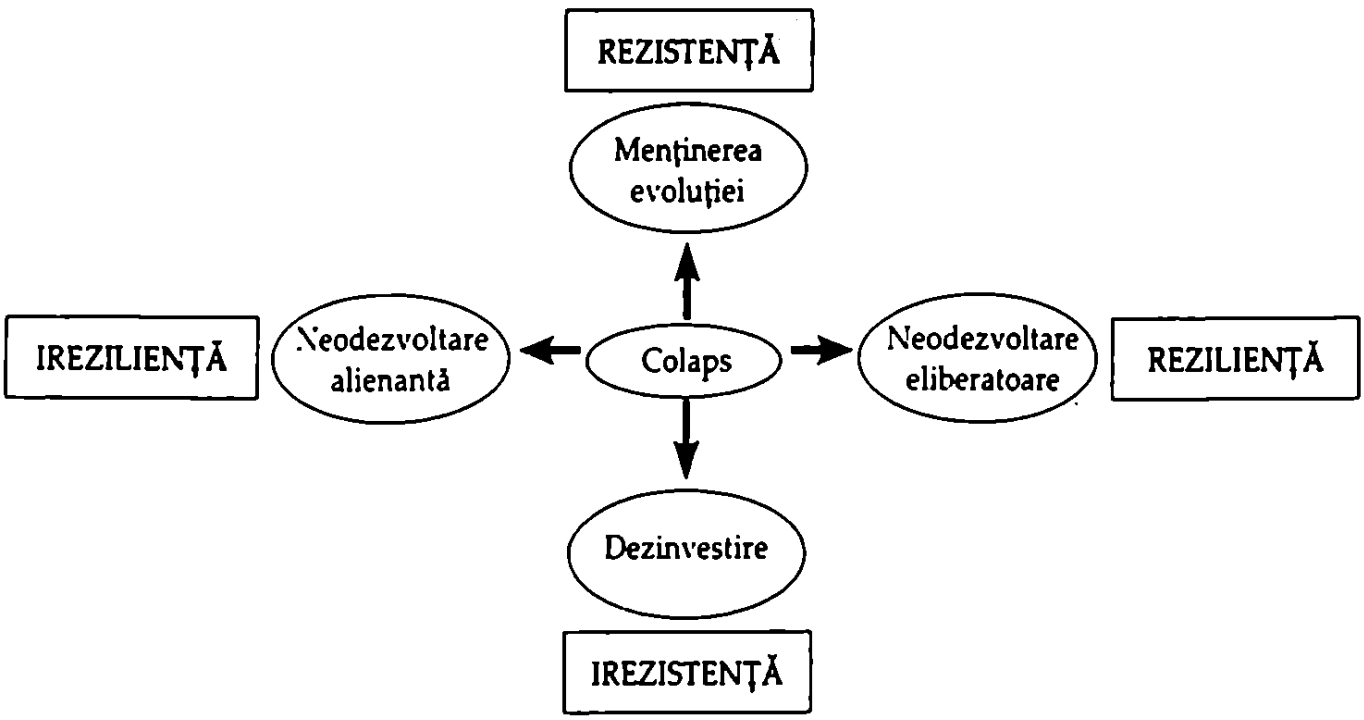


Figura 1. — Strategii ale persoanelor care „evadează"

Să examinăm acum cele două axe şi cele patru concepte ale schemei prezentate, explicându-le.

Axa rezistenţă–irezistenţă

Axa rezistenţă–irezistenţă[1] trimite la strategiile de adaptare la traumă, pentru a evita colapsul identitar. Subiectul opune o forţă reală pentru a face faţă evenimentelor traumatizante. Această opoziţie poate lua două forme diferite: rezistenţa sau irezistenţa.

Atât într-un caz, cât şi în altul, individul încearcă să rămână în picioare şi apoi să-şi reia drumul la fel ca înainte de a întâlni obstacolul. Deci el se străduieşte să urmeze drumul pe care şi-l propusese iniţial. Însă vom vedea că, adesea, comportamentele subiecţilor trebuie să ţină seama nu numai de poziţionarea lor pe axa rezistenţă–irezistenţă, ci necesită, de asemenea, o interpretare în funcţie de axa rezilienţă–irezilienţă şi reciproc.

Rezistenţa

Acţiunea de a rezista presupune a nu ceda sub efectul unei presiuni antagonice. Implică, de asemenea, o menţinere a statu-quoului în lupta purtată. În acţiunea de rezistenţă, subiectul îşi rămâne egal lui însuşi. El îşi adună forţele pentru a-şi păstra potenţialul evolutiv şi îşi protejează punctele slabe, pentru a-şi menţine integritatea capitalului identitar. Îşi mobilizează aptitudinile. Încearcă să se acomodeze cu slăbiciunile sale. Dar, în primul rând, încearcă să gestioneze evenimentele fără a renunţa la propria evoluţie. Deprinde o aptitudine reală, pe plan afectiv, cognitiv, social şi conativ, de a lupta pentru a-şi urma drumul aşa cum fusese stabilit înainte de apariţia traumei şi de a diminua impactul evenimentului care-l pune la încercare. De remarcat că strategiile de rezistenţă pot alimenta unele traiectorii de irezilienţă (a se vedea mai departe) când, de exemplu, rezistenţa are loc pe un fond permanent de anxietate nevrotică.

Irezistenţa

Prin intermediul conceptului de irezistenţă desemnăm tendinţa subiectului de a-şi dezinvesti o parte a potenţialului de dezvoltare şi de a renunţa,

[1] În franceză, în original „désistance". (*N. red.*)

voluntar sau nu, la una sau mai multe dintre sursele sale de evoluţie. În alţi termeni, irezistenţa desemnează atitudinea subiectivă prin care un individ îşi exprimă dezinteresul total sau parţial faţă de o anumită sferă a dezvoltării sale, în care se simte cu deosebire fragilizat. Subiectul manifestă deci o formă de detaşare sau de indiferenţă, care-i permite autoconservarea, reducând repercusiunile evenimentelor trăite. Este de remarcat că această dezinvestire parţială poate duce la o investire mai intensă în alt domeniu, ceea ce-i permite să se înscrie pe o traiectorie rezilientă (a se vedea mai jos).

Axa rezilienţă–irezilienţă

În ceea ce priveşte axa rezilienţă–irezilienţă[1], aceasta trimite la o nouă dezvoltare a persoanei. Cu siguranţă, dacă rezilienţa este faţa luminoasă a acestei noi evoluţii, irezilienţa este faţa ei întunecată. Prima duce la progres, a doua, la alienare. Pentru subiectul rezilient legăturile sociale sunt oportunităţi, în timp ce subiectul irezilient le suportă ca pe nişte constrângeri care-i îngrădesc noua dezvoltare. În ambele cazuri totuşi, indivizii apucă pe noi căi.

Am creat termenul de *irezilienţă* ca opus al celui de *rezilienţă*. În lipsa acestui antagonism, câmpul său conceptual nu putea fi trasat cu precizie. Nu toate căile noi de dezvoltare sunt şi bune; unele sunt eliberatoare, altele, fatale. Trebuia deci să propunem un concept pentru a desemna această ultimă realitate.

Rezilienţa

Pentru un individ, a fi rezilient constă în a se angaja pe un drum neaşteptat pentru sine şi pentru ceilalţi, depăşind necazurile prin care trece. Ideea de rezilienţă presupune faptul că acest al doilea itinerar deschide perspective eliberatoare şi totodată germinatoare. Evident, această formă pozitivă de neodezvoltare nu se realizează cu uşurinţă. Cel mai adesea, se manifestă ca o consecinţă a unui proces complex. Nu este vorba în niciun caz de un salt „miraculos". Din contră, această nouă evoluţie posttraumatică evocă, în general, o deconstrucţie lentă şi discontinuă. Un itinerar rezilient este rezultatul unui proces neliniar, cel mai adesea compus, întrucât conţine strategii de rezistenţă, perioade de irezistenţă şi riscuri de irezilienţă. Lighezzolo şi de

[1] În franceză, în original „désilience". (*N.red.*)

Tychey confirmă această viziune asupra rezilienței: după ei, ea „depășește sensul unei simple capacități de rezistență la încercările existenței, adăugându-i un caracter dinamic" (p. 23). Tomkiewicz, în una din ultimele sale lucrări, „Du bon usage de la résilience" (2001), consideră că ar fi riscant să se dea o extensie ilegitimă conceptului de reziliență, numind cu acest termen „reacții care nu sunt decât simple rezistențe la adversitate". El sublinia, de asemenea, că aceasta trebuia să implice ideea unei „noi existențe, a unui proiect de viață, adică o anumită îmbogățire a personalității supuse încercărilor și traumelor".

Irezilienta

Conceptul de irezilienă este opus celui de reziliență. Aici, traiectoria neodezvoltării urmează un contrasens social. Într-un intinerar irezilient, individul ajunge cel mai adesea să conceapă orice relație umană sub forma vasalității sau a supunerii. Totul se petrece ca și cum orientarea drumului identitar ar induce un proces de izolare socială. În plan personal, percepția acestei alienări se manifestă adesea ca un sentiment de disperare și anomie. Această evoluție neașteptată determină persoana să renege existența celorlalți, să refuze orice sens al propriei sale vieți și să nege orice valoare legăturilor sociale.

În cadrul irezilienței, subiectul poate fi tentat să se afirme cedând în fața unui produs, a unui comportament, a unui angajament care îl transformă în altcineva decât el însuși. Este ceea ce se produce, de exemplu, atunci când un subiect se cufundă în conduite de dependență alcoolică sau în toxicomanie, generând astfel o neodezvoltare ale cărei consecințe pe planul creșterii personale și sociale sunt, în mod evident, dezastruoase. Un alt exemplu poate fi acela al refugiului în cadrul unei secte. De asemenea, este vorba uneori de acțiuni iraționale și distrugătoare — masacre în școli, morți colective — care-i permit subiectului să obțină o formă de „celebritate de moment" (Tisseron, 2002), prin intermediul căreia are sentimentul că el este, în fine, cineva în mijlocul unei lumi căreia i-a negat întreaga valoare.

Rolul celuilalt

Paradigma prezentată mai sus permite analiza acțiunilor pe care le poate întreprinde un individ pentru a-și conserva identitatea și a-și continua drumul, în ciuda situației dificile cu care a fost confruntat. Permite, de asemenea,

examinarea noilor evoluţii asociate eventual cu strategiile de rezistenţă şi irezistenţă.

În orice caz, actele de rezistenţă şi itinerarele de rezilienţă nu pot fi reduse la dimensiunea unică a performanţelor individuale.

Construirea identităţii presupune ca rolul propriu să fie fundamental inseparabil de rolul celuilalt. Identitatea nu poate fi concepută, pur şi simplu, în lipsa alterităţii care o face posibilă. Perspectiva epistemologică sub care se unesc strategiile de rezistenţă/irezistenţă şi procesele neodezvoltării reziliente/ireziliente, pe de o parte, şi construcţia identitară, pe de altă parte, impune, totodată, sondarea rolului şi funcţiei mediului în declanşarea acestora.

Aşadar, ne propunem de aici înainte să descoperim cum şi în ce condiţii poate contribui instituţia la crearea unor relaţii umane capabile să susţină rezistenţa individului în faţa unei încercări distrugătoare, nevoia lui de a se retrage dacă se simte prea ameninţat sau să-l însoţească pe calea neodezvoltării sale reziliente, dacă acest lucru este posibil.

Sprijinul educativ şi psihosocial

Rezilienţa nu este, sub nicio formă, o constrângere a dezvoltării. Mai curând, ea îi oferă subiectului o posibilitate de a se schimba, o şansă de a se transforma sau o ocazie de a se metamorfoza. Totuşi, nu se consideră a fi singura cale de negociere identitară propusă subiectului. Identitatea se pune tot atât de bine în joc în prezentul actului de rezistenţă, ca şi pe calea unui proces rezilient.

Din acest motiv, sprijinul educativ şi cel psihosocial nu pot urmări exclusiv planificarea traseului rezilienţei. Într-adevăr, nu se pune problema ca prin intermediul unei relaţii de sprijin fiecare subiect să fie obligat să devină un altul, să se autodepăşească. Orice relaţie care împiedică pe cineva să rămână el însuşi, egal sieşi, ar fi pur şi simplu liberticidă. Nu s-ar dovedi, de altfel, pur şi simplu contrară ambiţiilor eliberatoare pe care le presupune însăşi noţiunea de rezilienţă? De aceea relaţia de asistenţă trebuie, după noi şi în toate circumstanţele, să îi permită subiectului să reziste sau să abandoneze total sau parţial, cu singura grijă de a-şi păstra identitatea. Apoi, şi numai dacă se manifestă rezilienţa, raportul de asistenţă însoţeşte eventualul traseu rezilient pe care se angajează subiectul. Într-un astfel de context, vom prezenta „rezistenţa asistată" şi vom analiza după aceea oportunitatea unui proces de „rezilienţă asistată".

Păstrarea identității: rezistența asistată

Specialiștii relației socioeducative, obișnuiți să intervină pe lângă persoanele a căror identitate este fragilizată în urma unui episod existențial pe parcursul căruia s-au simțit aneantizate, știu că urgența înseamnă adesea a-i ajuta să reziste sau a le permite să abandoneze. Uneori, această rezistență le permite să mențină în continuare direcția. De asemenea, uneori, dezimplicarea lor reprezintă fundamentul unei sănătăți identitare. Îndepărtându-se de bunăvoie un timp mai lung sau mai scurt, ele reușesc să-și mențină propria imagine de sine. Deja nu este atât de rău. Obiectivul esențial al relației de ajutor este atunci acela de a susține strategiile implementate de subiect, de a-i permite eventual să descopere altele sau de a-l ajuta, dacă este cazul, să le eficientizeze.

Pentru a ajuta subiectul să-și păstreze identitatea prin rezistență sau irezistență, relația de ajutor va trebui, după noi, să prezinte patru caracteristici esențiale:

- să-i permită subiectului aflat în dificultate să-și exprime întreaga gamă de emoții într-o modalitate acceptabilă din punct de vedere social;
- să-i lase persoanei ajutate controlul asupra propriului program; această atitudine presupune ca individului să i se permită să nu facă nimic, să poată acționa sau nu, în funcție de propriul ritm;
- să evite orice formă de etichetare identitară, care ar reduce subiectul la statutul său de victimă;
- să propună un cadru conținător și cuprinzător, în care individul să nu se simtă judecat, indiferent de situație.

Când sunt îndeplinite aceste patru condiții, relația de ajutor îi permite subiectului să se simtă respectat într-un context care nu-l descalifică din punct de vedere social, ține cont de emoțiile sale și îi recunoaște un statut de victimă, fără a-l restrânge la această unică identitate. Întrucât se simte respectat pentru ceea ce este, individul căruia îi este conservat potențialul evolutiv rămâne capabil, dincolo de traumă, să-și urmeze calea identitară într-un registru foarte comparabil cu acela anterior expunerii la probleme.

Un individ care rezistă eficient la naufragiul traumatic sau cel care reușește să se protejeze prin irezistență își reia evoluția după traumatism, explorând aceleași căi de creștere. Rămâne el însuși și își urmează evoluția exprimându-și nevoile afective, cognitive, sociale și conative, urmând modalități

similare celor pe care şi le descoperise înainte de a fi fost pus în dificultate de încercările traversate. Autorevelându-se prin actul rezistenţei sau prin aptitudinea de a se proteja, subiectul poate fi tentat să-şi impună o formă de revoluţie. El realizează atunci în plan identitar un fel de întoarcere la sine, identică dar mai puternică, întrucât a supravieţuit evenimentului considerat de el o încercare. Întărit de ceea ce nu l-a ucis (Nietzsche, 1998/2004), subiectul consideră un triumf faptul de a fi rămas el însuşi, în ciuda încercărilor. În relaţia de sprijin, el aşteaptă atunci să fie confirmat în ceea ce a rămas în propriii săi ochi: el însuşi, în mod absolut el însuşi.

Felul în care J.-F., un tânăr adult care se cufundase pe parcursul mai multor ani într-o toxicodependenţă gravă, vorbeşte de cei care l-au susţinut de-a lungul perioadei sale de rătăcire, revelează într-o manieră explicită rolul educativ deosebit pe care li-l atribuie. Mărturia lui ilustrează perfect această formă de „întoarcere la sine", devenită posibilă atunci când mecanismele de rezistenţă sunt susţinute în mod adecvat de mediu. „Ei au crezut în mine, dar nu au încercat niciodată să-mi precipite proiectele. Mi-au acordat timp să stau pe loc, fără a-mi lăsa totuşi niciodată impresia dureroasă că identitatea mea ar fi fost redusă, în ochii lor, la aceea a toxicomanului care devenisem. Trăisem evenimente teribile, care se închistaseră în mine. Totuşi, nu m-au forţat să vorbesc despre ele. Eu ştiam doar că ei ştiu, mă simţeam înţeles şi aceasta îmi ajungea.

Pentru ei eram pur şi simplu J.-F., un tip normal, fără îndoială puţin pierdut, cu siguranţă foarte complicat şi căruia îi era evident greu să accepte decesul mamei sale."[1]

Aşa cum chiar el explică, J.-F. îşi pusese într-un fel viaţa între paranteze pentru a face faţă seismului interior pe care îl provocase în el această moarte inacceptabilă. După cinci ani, conştientizând că i-a fost oferită o posibilitate de a-şi urma drumul, el şi-a acordat pur şi simplu şansa, identitatea fiindu-i susţinută iar ritmul de evoluţie respectat, de a îndepărta parantezele între care îşi închisese viaţa, reluându-şi cu succes cariera... de educator...

---

[1] Mama lui J.-F. fusese ucisă de concubinul său. Adolescentul, în vârstă de 17 ani, descoperise corpul mutilat al mamei sale.

Construirea unei noi identităţi: reziliența asistată

Când se pune problema de reziliență, lucrurile stau altfel. Dacă rezistența permite menținerea identitară, în schimb reziliența presupune întotdeauna, mai mult sau mai puțin, o formă de conversie identitară. La finalul drumului său, subiectul revine cu siguranță la el însuși, dar se percepe totuși diferit de ceea ce fusese înainte de traumă. Individul angajat pe un astfel de drum rezilient așteaptă ca schimbarea să-i fie luată în seamă de mediu. Iată de ce metoda de sprijin va trebui obligatoriu adaptată astfel încât să țină cont de noua dinamică de exprimare a nevoilor pe care o manifestă subiectul.

În cele ce urmează, propunem o analiză a condițiilor în care întâlnirea poate efectiv constitui un pretext pentru reziliență sau, invers, se poate dovedi într-un mod nefericit un veritabil vector de irezilienţă.

Itinerarul rezilienței

Reziliența reprezintă o nouă cale de dezvoltare pe care subiectul se angajează în urma unei dificultăți existențiale majore. Pe parcursul acestui proces, subiectul folosește relația pentru a-și reconstrui o identitate. El se definește în funcție de ceea ce devine, mai degrabă decât să fie identificat în funcție de ceea ce a trăit sau de ceea ce era înainte de episodul traumatizant.

Procesul de construcție identitară favorabil dezvoltării individuale implică, așa cum vom vedea, o susținere adaptată din partea mediului. Pentru a-i permite subiectului să-și reconstruiască identitatea dând dovadă de reziliență, relația de sprijin va trebui astfel, după noi, să prezinte câteva caracteristici esențiale:

— să lase loc inițiativei personale;
— să permită creativitatea;
— să permită schimbarea;
— să considere întotdeauna posibilă evoluția pozitivă a subiectului.

Atunci când aceste patru condiții sunt îndeplinite, relația educativă este în măsură să susțină subiectul pe noile sale căi de evoluție. De aceea, în acest tip de raport de asistență, educatorul trebuie să renunțe neapărat la orice putere de constrângere, lăsând un loc important inițiativei personale și creativității subiectului aflat în dificultate. De altfel, această postură nu este posibilă decât

dacă individul, eliberat de stigmatul unei identităţi de victimă permanentă, percepe, în cadrul relaţiei, că schimbarea sa este realizabilă şi că se încrede în evoluţia sa pozitivă, indiferent de circumstanţe. Într-un context de reziliență, relaţia de sprijin are de fapt la bază convingerea comună că o evoluţie pozitivă, chiar dacă pare uneori puţin probabilă, rămâne întotdeauna posibilă. Pentru a ne ilustra ideea, vom prezenta exemplul Mariei C.

Pe drumul său atipic, această tânără femeie a fost confruntată cu un context politraumatizant deosebit de dureros (incest, educaţie violentă, maltratare familială), în care s-a simţit de-a dreptul zdrobită. Marie C. explică limpede, într-un interviu televizat[1] luat cu ocazia apariţiei lucrării sale[2], cum noua ei traiectorie de dezvoltare a început să prindă contur pornind de la o întâlnire educativă căreia ea i-a acordat o importanţă semnificativă.

În cadrul acestei întâlniri, spune Marie, ea şi-a simţit susţinut potenţialul creativ şi s-a simţit deja tratată drept ceea ce avea să devină: o scriitoare... Pentru a folosi propriile ei cuvinte, datorită acestei susţineri ea a putut profita de şansa de a deveni cineva, ea, care de prea mult timp se convinsese că nu putea fi decât un nimeni. A scrie o carte despre propria poveste de viaţă, chiar dacă încercarea a fost uneori dureroasă, după cum mărturiseşte ea, i-a permis, de asemenea, să ofere traiectoriei vieţii sale un nou impuls. Acesta i se păruse până atunci inaccesibil, de fiecare dată când se mulţumea să traseze un portret ascuns al său şi al familiei sale, limitându-se să pozeze pentru o fotografie obligatoriu încremenită în timp.

Cu siguranţă că la acest proces anume se referă Cebe şi Senore (2007) atunci când scot în evidenţă rolul proiectării în viitor în raporturile pe care relaţia educativă le stabileşte cu mecanismul de reziliență. Într-adevăr, şi aceşti doi autori subliniază că, pentru a depăşi contextul traumatizant, este necesar să se treacă de la *atitudinea fotografie*, încremenită, care încarcerează, la *atitudinea cinema*, lăsând locul apariţiei unui alt mod de a fi.

---

[1] Emisiunea „Face à face" („Faţă în faţă"), RTL TV1, 18 martie 2010.

[2] Cauderlier M. şi Humbeeck B. (2010), *Berceaux maudits*, Wavre, Éditions Mols.

Itinerarul irezilienței

Rezilienţa este un pariu cu viitorul. Nu este o promisiune. Cu atât mai puţin o certitudine. Este posibilă favorizarea apariţiei ei, dar niciodată stimularea procesului într-o manieră certă. Cu alte cuvinte, dacă evoluţia uimitoare a subiectului rezilient îi deschide căi de dezvoltare până atunci neexploatate, situaţia este alta atunci când subiectul, prin intermediul aceluiaşi proces de neodezvoltare, se deconstruieşte social pornind de la experienţa avută. Parcurgând un traseu de irezilienţă, subiectul o apucă el însuşi pe un drum improbabil. Îşi modifică itinerarul şi îşi schimbă totodată direcţia, alienându-se din punct de vedere social.

Irezilienţa reduce la zero orice perspectivă de dezvoltare psihosocială cu adevărat eliberatoare. Subiectul angajat pe acest drum fără ieşire câştigă pe plan identitar ceea ce pierde tot atât de repede prin inconsecvenţa legăturilor sale cu societatea. Identitatea sa negată din punct de vedere social se ancorează, atunci, într-o dezvoltare personală contaminată de un sentiment personal de dezafiliere (Castel, 1995), de un sentiment profund de nereuşită în sânul comunităţii umane şi de convingerea perpetuă că nu se poate integra într-un mediu social perceput drept anomic.

Acest tip de afirmare identitară într-un vid societal este uneori, cel puţin parţial, provocată de o însoţire care închide individul într-o identitate desemnată, trăită de el ca fiind ucigătoare. Apare cu precădere atunci când relaţia de sprijin nu lasă niciun loc iniţiativei şi inventivităţii subiectului şi induce mesajul că nicio schimbare nu este posibilă în cazul lui, întrucât evoluţia sa pozitivă nici nu poate fi imaginată.

Această formă de neodezvoltare irezilientă poate la fel de bine să fie favorizată de practici instituţionale neadaptate sau prost interpretate de către subiect. Iată mecanismul pervers pe care îl vom evoca în continuare prin intermediul conceptului de „irezilienţă provocată". Acest neologism, atunci când se aplică funcţionării unei instituţii, desemnează un dispozitiv socio-educativ ale cărui principii se opun, punct cu punct, celor care se concretizează în cadrul unei instituţii de rezilienţă asistată.

Ce anume poate, în cadrul instituţionalizat, să provoace acest tip de traiectorie deficitară? Există modalităţi de abordare agreate de către instituţia de sprijin, capabile să inducă forme ale unei neodezvoltări eliberatoare pentru subiect? Pot fi observate altele care, din contră, ar fi mai probabil să-l îndrepte spre alienarea de sine? Pot fi identificate condiţii instituţionale de asistenţă care ar reprezenta factori de rezistenţă/irezistenţă şi altele care ar alimenta

traiectorii de rezilienţă/irezilienţă? Cum poate fi concepută crearea unui context de sprijin care să faciliteze eliberarea tuturor, chiar şi în cazul celor mai chinuite vieţi? Cum pot fi instituţionalizate condiţiile relaţionale cele mai favorabile, pentru a permite unui subiect aflat în dificultate să-şi menţină identitatea prin rezistenţă sau irezistenţă sau să o construiască, angajându-se într-o pe o nouă cale de dezvoltare rezilientă? În definitiv, cum poate fi creat fundamentul instituţional necesar „rezistenţei asistate" şi „rezilienţei asistate"?

Fundamentul instituţional

Ne propunem mai întâi să subliniem o serie de criterii care să ne permită să deosebim, dintre instituţiile al căror mod de funcţionare este din cele mai tradiţionale, pe acelea care îşi dovedesc aptitudinea de a stimula factorii de rezistenţă sau de irezistenţă la persoanele aflate în dificultate, de acelea care par mai puţin performante din acest punct de vedere. Această manieră de lucru ne va ajuta să definim din punct de vedere operaţional caracteristicile unei **instituţii de rezistenţă asistată**.

Vom realiza apoi aceeaşi distincţie în cadrul instituţiilor mai novatoare, adunând criterii capabile să le diferenţieze în funcţie de aptitudinea pe care o manifestă — sau nu — de a susţine traiectorii eliberatoare. Astfel, vom fi în măsură să scoatem în evidenţă principalii factori determinanţi ai unei veritabile **metodologii instituţionale a rezistenţei şi/sau a rezilienţei asistate**.

Rezistenţa asistată *versus* ajutorul impus

Prin neologismul „rezistenţă/irezistenţă asistate"[1], desemnăm tendinţa unei instituţii de a favoriza relaţiile în sânul cărora rolurile, statuturile şi funcţiile fiecăruia nu sunt fixate o dată pentru totdeauna. Pe de altă parte, „instituţiile de asistenţă impusă" se caracterizează prin tendinţa lor de a privilegia formele de alteritate care stabilesc o dată pentru totdeauna poziţia statutară, rolul şi funcţia pe care le are fiecare în relaţia profesionist–asistat.

În continuare, ne propunem să precizăm diferitele criterii care permit deosebirea instituţiilor de rezistenţă asistată de cele care, impunând ajutorul, provoacă mai curând conduite de abdicare identitară.

---

[1] Să ne amintim că irezistenţa prezintă acelaşi mecanism ca şi rezistenţa, însă fără angajamentul persoanei. Pentru a nu îngreuna textul, vom vorbi în continuare numai de „rezistenţă asistată".

Model expresiv *versus* model directiv

În sânul instituţiilor, se observă o trecere progresivă de la un model directiv, în care predomină definirea sarcinilor fiecăruia, determinarea tehnicilor utilizate şi a normelor de reuşită, spre un model expresiv, centrat mai mult asupra originalităţii persoanei ajutate. În interiorul unei instituţii expresive, subiectul este încurajat să-şi exprime emoţiile, indiferent de natura lor. Va trebui doar să aibă grijă să le transmită sub o formă adaptată contextului instituţional. Într-un model expresiv, se consideră că toate emoţiile pot fi verbalizate, cu condiţia de a se recurge la o manieră de exprimare acceptabilă din punct de vedere social.

Din contră, modelul directiv stabileşte implicit sau într-un mod mai imperativ conţinuturile emoţionale acceptabile şi cele inacceptabile. De exemplu, furia poate să nu fie acceptată ca expresie a unei trăiri posibile. Atunci, la nivelul practicilor instituţionale, se va pune mai curând problema de a convinge subiectul că nu are niciun motiv să o simtă, decât de a-l încuraja să o exprime într-o manieră acceptabilă din punct de vedere social.

Temporalitatea subiectului *versus* temporalitatea instituţiei

„Este momentul să reacţionăm", „Nu poate sta tot timpul fără să facă nimic", „Mai are trei săptămâni până să prezinte un proiect de viaţă care să arate că are chef să se mişte"... Instituţia tradiţională fixează în general chiar ea temporalitatea subiectului. Ea îi determină timpul trăit ca pe o succesiune de etape cărora le impune ritmul şi durata. De exemplu, constrângând subiectul să respecte programul stabilit de ea, instituţia determină efectiv timpul care poate fi alocat individului pentru a deveni obiectul unui eveniment, pentru a reacţiona faţă de el şi apoi pentru a trece la acţiune. Această temporalitate, fixată prin intermediul procedurilor instituţionale de sprijin, consideră că responsabilitatea determinării ordinii anterioare şi ulterioare îi aparţine numai şi numai instituţiei.

În instituţia de rezistenţă asistată, timpul pierde această funcţie imperativă. Subiectul, angajat într-un proces de autorealizare identitară, este invitat să-şi imagineze viitorul nu ca pe o proiecţie liniară, ca pe o evoluţie căreia va trebui în mod necesar să îi sacrifice prezentul, ci ca pe un moment al acestui prezent (Zoll, 1988). Într-o astfel de paradigmă, (in)activitatea actuală nu este

interpretată în mod necesar ca o modalitate de a închide viitorul, ci mai mult ca o şansă de a-l deschide, întrucât permite autorealizarea subiectului.

Instituţie autoreflexivă *versus* instituţie rutinieră

Instituţia autoreflexivă pune în permanenţă la îndoială procedurile pe care le creează. Acestea nu fac niciodată obiectul unei aplicări automate şi rutiniere, aşa cum este în mod general cazul în structurile sociale tradiţionale de ajutor social. În cadrul acestora, forţa obişnuinţelor şi constrângerea normelor de aplicare lasă de fapt un spaţiu foarte restrâns iniţiativei personale a profesionistului şi permite o abatere redusă de la procedura care a fost fixată o dată pentru totdeauna de către instituţie.

Într-o instituţie de rezistenţă asistată, definirea tehnicilor de intervenţie este considerată, în general, drept o manieră de a lua în considerare complexitatea situaţiilor întâlnite. Metodele de supervizare şi de intervenţie puse la dispoziţia intervenienţilor asigură cu precădere fluiditatea procedurilor şi adaptarea lor constantă la caracteristicile specifice fiecărei situaţii. Pe de altă parte, în instituţia rutinieră, procedura este implementată pentru a reduce complexitatea şi pentru a produce modalităţi de acţiune care tind să se uniformizeze. Astfel, aceasta nu permite tratarea separată a fiecărei situaţii.

Evaluări formative organizate *versus* evaluări sumative implicite sau spontane

O evaluare este formativă atunci când permite studierea nu numai a rezultatelor sau eficienţei intervenţiei psihosociale, ci examinează, totodată, procesul care a dus la aceste rezultate. Astfel, evaluarea formativă confirmă o evoluţie în cadrul acestui proces şi joacă în interiorul său un rol reglator. Ea constituie deci o manieră de a examina în permanenţă sensul pe care intervenţia îl capătă pentru fiecare participant. Acest proces de evaluare continuă permite, într-o instituţie de rezistenţă asistată, adaptarea procesului de susţinere la nevoile subiectului şi la modul în care acesta trăieşte relaţia. Evaluarea formativă organizată reflectă un mod de a proceda care-l plasează pe fiecare — asistent şi asistat — într-un rol activ în cadrul procesului decizional şi îi permite subiectului reapropriere a sensului intervenţiei al cărei obiect este.

Într-un context instituțional tradițional, procedurile de evaluare sumativă, implicită și spontană, sunt, din contră, privilegiate. O evaluare este considerată sumativă atunci când se centrează în principal asupra rezultatului. Ea caută atunci să stabilească dacă o acțiune produce rezultatele sau efectele scontate și verifică dacă acestea corespund obiectivelor stabilite în prealabil de instituție. De altfel, aceste evaluări prezintă cel mai adesea un caracter implicit, de vreme ce criteriile după care se realizează nu sunt declarate. Totodată, ele pot prezenta un caracter spontan, întrucât, în lipsa unui sistem de referință, traduc o judecată de valoare sau servesc la exprimarea unei emoții. Atunci, exprimarea liberă a judecății emise de intervenient ține locul de evaluare și fixează subiectul într-o postură identitară rigidă și absolută. „Pe acela nu-l pot suferi", „El este un tip bine", „E un toxicoman, nu am încredere în el" sau „Nu are niciun pic de voință" — toate acestea reprezintă o formă de etichetare identitară și neagă aptitudinea subiectului de a rezista încercărilor de care are parte pe parcursul existenței sale.

Poate fi metabolizată, eventual, o funcție instituțională a rezistenței asistate astfel încât să însoțească traiectoriile de reziliență, să le permită apariția sau să le stimuleze? Fără îndoială, este prea curând pentru a putea face vreo afirmație definitivă. Situând instituția pe axa reziliență–irezilienţă a paradigmei noastre, ne-am angajat totuși să dăm o definiție instituției de reziliență asistată. Perspectivele propuse în continuare vor trebui validate, știind totuși că au fost extrase dintr-un ansamblu de observații ale unor practici curente dintr-o instituție belgiană[1].

Instituția de reziliență asistată

Nu încape îndoială că ampla propagare a noțiunii de neodezvoltare reziliență a influențat în profunzime câmpul de acțiune al lucrătorilor psihosociali.

Pe baza experienței noastre, am definit criterii de funcționare instituțională care ar trebui să încurajeze rezilienţa. Am precizat, totodată, în manieră antagonistă, caracteristici instituționale susceptibile să provoace traiectorii de irezilienţă. Vom opune deci instituțiile de reziliență asistată celor pe care le-am grupat sub numele de irezilienţă provocată.

În primul tip de instituție, acela care cuprinde organismele de reziliență asistată, individul este în mod fundamental considerat un subiect aflat în

[1] Este vorba de instituția „Le Galion", Servicii pentru tineri și familie, Centrul Public de Asistență Socială din Péruwelz.

proces de dezvoltare, a cărui identitate se reconstruieşte, reorientând cursul unei istorii personale al cărei autor se consideră. Privind subiectul în acest fel, i se stimulează un ansamblu de factori de rezilienţă pe care ne-am propus, de altfel, să-i identificăm într-un alt studiu (Pourtois, Humbeeck şi Desmet, în curs de apariţie[1]). În al doilea tip de instituţie, individul e redus la statutul de obiect al intervenţiei. El trebuie să se resemneze cu această identitate de asistat şi nu se poate reconstrui decât îndepărtându-se de propria istorie, suportându-i derularea şi îndurându-i pasiv deznodământul. Evident, dintr-o asemenea perspectivă, factorii de rezilienţă ai subiectului nu sunt luaţi în considerare, neputând fi astfel stimulaţi.

În continuare, propunem reluarea diferitelor trăsături instituţionale şi tratarea lor din ambele perspective.

Producerea acţiunii sociale *versus* distribuirea ajutorului social

Producând acţiune socială, instituţia tinde în primul rând să stimuleze la persoana ajutată o activitate care să fie semnificativă pentru ea. Odată cu apariţia unei asemenea paradigme a actorului (Javeau, 2003), individul devine un subiect activ, creativ şi participativ. Este pus în situaţia de a exista pornind de la activitatea pe care o întreprinde. Sentimentele de recunoaştere socială şi de împlinire personală tind, atunci, să se susţină reciproc. Prin activitate, subiectul nu se mai abandonează inerţiei fiinţei sale (Jeanson, 1987). Prin creativitate, este invitat să inventeze altceva, pentru a nu rămâne înţepenit într-un impas identitar (de Gaulejac, 2009). Prin participare, el îşi înrădăcinează în social activitatea individuală şi, procedând astfel, îi conferă un sens colectiv.

Distribuind ajutorul social, instituţia induce, din contră, o formă de relaţie care-l închide pe celălalt într-un statut permanent de asistat. Aservită, supusă şi pasivă, persoana în dificultate riscă şi mai mult, prin intermediul ajutorului care îi este dat, să se rătăcească în forme de neodezvoltare, parazitată de ruşinea de a nu fi decât ea însăşi şi de sentimentul de a nu putea exista decât îndepărtând sau transgresând în mod ostentativ normele de funcţionare socială. Riscă să perceapă metoda de sprijin ca pe o povară suplimentară în revendicarea sa identitară. Atunci, poate fi tentată să adopte căi de irezilienţă

[1] Am identificat 25 de concepte operatorii care caracterizează reziliența.

care confirmă inexistența sa socială sau, din contră, o afirmă în mod brutal, prin intermediul unei acțiuni distrugătoare. În prima situație, individul — negat în planul recunoașterii sociale — încearcă prin suicid, prin refugiul în dependență sau în alte forme pe care le poate lua uitarea de sine, să dispară de pe scena socială, să se eclipseze. Din a doua perspectivă, subiectul clivat — negat din punctul de vedere al împlinirii sale personale — își propune, dimpotrivă, să-și facă o intrare zgomotoasă, existând intens și neașteptat în ochii celorlalți, prin uimirea sau spaima pe care o provoacă.

Subiect în proces de dezvoltare *versus* obiect al îngrijirii

Funcția instituției reziliente constă în a-i permite individului să pătrundă într-o logică de subiectivizare și individuație, acceptând ideea că face parte dintr-o comunitate care îi recunoaște o existență individuală. Creșterea subiectului este, astfel, pusă într-un fel în centrul procesului de socializare. De altfel, individul devine subiect prin refuzul tuturor formelor de aservire. Rolul instituției de reziliență asistată este deci acela de a tolera în cadrul său o formă de dezacord.

Atunci când, dimpotrivă, individul este redus la o dimensiune de obiect, căile de individuație stabilite de instituție nu țin seama de exprimarea particulară a nevoilor sale psihosociale. Formele de neodezvoltare în care se înscrie pot produce, atunci, mecanisme de dezafiliere, lăsându-i subiectului un sentiment persistent de incompletitudine și constrângându-l la moduri de funcționare socială esențialmente heteronome. Aceasta se întâmplă atunci când structura instituțională aduce individul la un statut definitiv de obiect al intervenției. Individul este determinat să se comporte exclusiv ca antisocialul care trebuie reeducat, ignorantul care trebuie instruit, bolnavul care trebuie vindecat, inadaptatul care trebuie readaptat, marginalizatul care trebuie reintegrat, traumatizatul care trebuie restabilit, celălalt care trebuie ascultat (Ion, 2002). Statutul de asistat blochează șansele neodezvoltării eliberatoare sau otrăvește dorința de a fi.

Conștiință identitară *versus* resemnare identitară

Instituțiile de ajutor pot provoca în mod insidios mecanisme de irezilienă. Este mai ales ceea ce se produce atunci când, așa cum subliniază Paugam (2008), identitatea rezultă dintr-o dependență pronunțată de colectivitate;

ea este, astfel, marcată de povara unei desconsiderări ineluctabile şi devine negativă. Pe această bază, subiectul poate fi tentat să se angajeze pe un drum de viaţă care să-i confirme discreditarea. Astfel, poate fi adus în situaţia de a se menţine într-o postură de victimă sau de a adopta o formă de identitate negată. Şi într-un caz, şi în celălalt, este vorba de resemnare identitară, adică de incapacitate de a putea acţiona asupra propriei persoane.

Pe de altă parte, instituţiile de rezilienţă asistată au drept obiectiv obţinerea autonomiei subiective. Ele îşi stabilesc drept regulă crearea unei individualităţi capabile să acţioneze singură. Instituţia de acţiune socială respectă exact acest obiectiv atunci când aduce subiectul în situaţia de a produce o activitate creativă. Legătura instituţională, în mod necesar suplă, nu mai este trăită ca o constrângere. Din contră, predomină sentimentul de libertate. Această autonomie subiectivă produce atunci efecte pozitive asupra conştiinţei identitare, în măsura în care nu mai este legătura socială aceea care determină individul, ci individul este acela care alege legăturile ce îi permit să producă acţiune socială.

Agent al istoricităţii *versus* obiect al propriei poveşti de viaţă

Pentru instituţiile de sprijin, individul este în mod esenţial un obiect al propriei poveşti de viaţă. Ele nu iau în considerare capacitatea sa de a acţiona asupra lui însuşi, maniera în care îşi interpretează propria viaţă şi în care îi poate conferi un sens. Aici se rămâne la anamneză, la căutarea informaţiilor obiective, dar subiectul nu este incitat să-şi însuşească povestea de viaţă.

În instituţiile de rezilienţă asistată, individul, considerat fără îndoială determinat social, este invitat să cedeze locul unui subiect autonom, apt de a deveni actor, adică autor al existenţei sale, având în vedere că este pus în situaţia de reflexivitate socială şi personală (Kaufmann, 2001). Pentru a se elibera, persoana trebuie să-şi înţeleagă propriul drum în viaţă. A se cunoaşte pe sine înseamnă a se elibera. Nararea sinelui, atunci când subiectul ajunge să-şi înscrie povestea într-un ansamblu coerent şi consistent pentru sine şi pentru ceilalţi, constituie o bază solidă a rezilienţei. Povestea vieţii înlocuieşte ancheta socială. Acordând sens traiectoriei vieţii sale şi definind un proiect de nouă dezvoltare personală (întărit de instituţie), subiectul preia frâiele istoriei sale şi se înscrie într-un proces de reconstrucţie identitară.

Concluzie

Rezistenţă sau rezilienţă asistată?

După ce am propus o paradigmă care integrează conceptele de rezilienţă, rezistenţă, irezistenţă şi irezilienţă, ne-am aplecat asupra instituţiilor care încearcă să vină în ajutorul persoanelor aflate în dificultate psihosocială extremă, obiectivul fiind acela de a scoate în evidenţă practicile cele mai susceptibile de a favoriza rezistenţa subiecţilor şi, acolo unde este cazul, de a permite implementarea unui proces de rezilienţă.

Instituţia favorizează rezistenţa subiectului dacă utilizează metode care înlesnesc exprimarea unică a trăirii sale, îi respectă ritmul şi, în plus, este capabilă să repună în discuţie propriile modele de intervenţie şi să le adapteze fiecărei situaţii în parte. Încurajează parcursurile reziliente atunci când, dincolo de practicile citate anterior, mobilizează creativitatea subiectului, îi favorizează conştiinţa identitară, îl tratează ca pe un agent al istoricităţii, angajându-l pe drumul unui proiect personal eliberator şi permiţându-i, în continuare, să-şi fixeze limitele propriei sale poveşti de viaţă. Această perspectivă instituţională vizând rezistenţa şi/sau rezilienţa asistate se detaşează în mod incontestabil de ideea unei structuri socioeducative care distribuie ajutorul social fixând normele de educabilitate şi desemnând o identitate de asistat celor care se încovoaie sub povara trecutului lor.

În mod evident, funcţia instituţiei nu constă în stimularea cu orice preţ a traiectoriilor reziliente. Este vorba de susţinerea lor atunci când se manifestă. Uneori, cel mai adesea fără urmă de îndoială, instituţia îi va permite subiectului să reziste încercărilor îndurate şi să rămână el însuşi dincolo de acestea. De altfel, acesta e motivul pentru care instituţiile de rezilienţă şi de rezistenţă asistată sunt adesea aceleaşi, una conţinând în mod natural exigenţele celeilalte. Tutore de rezistenţă, ea va deveni în cele din urmă vehicul al rezilienţei. Vector de rezilienţă, se va constitui inevitabil în argument al rezistenţei.

Metamorfoză? Nu neapărat

Boris Cyrulnik (2001) utilizează imaginea răţuştii celei urâte a lui Andersen, pentru a propune o reprezentare a noţiunii de rezilienţă. Neodezvoltarea rezilientă declanşează cu siguranţă în registrul ştiinţific ceea ce sugerează în imageria poetică aptitudinea micuţei palmipede, cu siguranţă puţin stângace în evoluţia sa de raţă, de a se transforma în lebădă. Această reprezentare

plastică evidențiază, în manieră implicită, două principii fundamentale ale procesului rezilient: metamorfoza sinelui și uimirea pe care le-o produce celorlalți. Ideea de metamorfoză presupune sacrificiul prealabil al propriei forme. În cadrul rezilienței, acest sacrificiu este pozitiv atunci când evită o distrugere ireparabilă. A deveni un altul. A se transforma. A se recrea sănătos și totuși a deveni fundamental străin celuilalt: iată, fără îndoială, veritabila miză a rezilienței.

În același timp, am ținut să amintim și că această metamorfoză poate lua, eventual, o turnură negativă. Cea mai puternică evocare a unei metamorfoze dezgolite de orice miracol este, fără îndoială, aceea pe care Kafka (1915/2012) a realizat-o în romanul său cu același titlu. Transformarea progresivă a individului în coleopteră, ieșirea sa lentă dar inexorabilă în afara sferelor familiei; muncii și comunității umane sugerează desfășurarea unui itinerar de reziliență atunci când subiectul este confruntat cu un sentiment permanent de alienare, solitudine și degradare. Această imagine indică faptul că nu orice metamorfoză este benefică.

Pe de altă parte, nu se pune problema de a impune fiecăruia o nouă cale de dezvoltare. Până la urmă, revenind la rățușca cea urâtă, ar fi fost atât de grav dacă ar fi fost obligată să rămână rață pentru totdeauna? Desigur că nu, cu condiția să fi putut obține un sprijin suficient adaptat sentimentului de respingere pe care l-a trăit în propria familie, pentru a rezista cataclismului identitar provocat de acesta. Nimic nu ar fi obligat-o atunci pe rățușca ghinionistă să se angajeze într-un viitor prestigios, dar nesigur, de lebădă sălbatică. I-ar fi stat la fel de mult în putere să se dezvolte mai modest, urmându-și itinerarul de palmipedă obișnuită. Confruntată prin proba realității cu ideea pe care și-o făcuse despre ea însăși, s-ar fi maturizat și ar fi decis, cu mândrie, să rămână rață, întrucât nu și-ar mai fi simțit starea ca pe o suferință și nu ar mai fi trăit-o ca pe o rușine, impunându-și-o ca pe un destin infam. În ceea ce privește coleoptera lui Kafka, scăpând de neodezvoltarea sa dezastruoasă, ar fi rămas pur și simplu om, definitiv uman printre ai lui, ceea ce n-ar fi fost deloc prea rău.

Să te metamorfozezi dacă acest lucru este necesar. Să rămâi tu însuți dacă este posibil. Să reziști, păstrându-ți identitatea. Până la urmă, nu are importanță. Din contră, noțiunea de educație rezilientă și conceptele de reziliență/rezistență asistate care sunt asociate susțin ideea că orice individ, indiferent care ar fi factorii determinanți suportați sau traumele trăite, poate deschide un teritoriu al imaginabilului în cadrul școlii, al familiei, al cartierului sau al organismului de ajutor. Acestea trebuie să ofere, eventual împreună și în

manieră complementară, un mediu suficient de susținător pentru a-l ajuta să se construiască sau să se reconstruiască, în ciuda suferințelor îndurate. Fără îndoială că acestui scop trebuie să i se supună obligatoriu instituțiile noastre de astăzi, atunci când se referă la exercitarea funcției eliberatoare: a-i permite fiecăruia să se dezvolte pentru ceea ce este sau pentru ceea ce dorește să devină.

Bibliografie

Cebe S. și Senore D. (2007), La résilience et la relation éducative, *ANAE Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, vol. 19, nr. 2, p. 82–86.

Castel R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Armand Colin.

Cyrulnik B. (2001), *Les vilains petits canards*, Paris, O. Jacob.

De Gaulejac V. (2009), *Qui est „je"?*, Paris, Seuil.

Ion J. (2002), *Les travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte.

Javeau C. (2003), *Petit manuel d'épistemologie des sciences du social*, Bruxelles, La lettre volée.

Jeanson F. (1987), *La psychiatrie au tournant*, Paris, Seuil.

Kafka F. (2012), *Metamorfoza și alte povestiri*, Editura Polirom, Iași.

Kaufmann J.-C. (2001), *Ego. Pour une sociologie de l'individu*, Paris, Nathan.

Lighezzolo J. și de Tychey C. (2004), *La résilience. Se (re)construire après le traumatisme*, Paris, Éditions in Press.

Manciaux M. (2001), La maltraitance: facteurs de risque et modalités de prévention, în C. de Tychey (coord.), *Peut-on prévenir la psychopathologie?*, Paris, L'Harmattan, p. 77–96.

Nietzsche F. (1998/2004), *Opere complete*, Editura Hestia, București.

Paugam S. (2008), *La régulation des pauvres*, Paris, PUF.

Pourtois J.-P., Humbeeck B. și Desmet H. (în curs de apariție), *Les indicateurs de résilience*. Universitatea din Mons, Centrul de cercetare și de inovare în sociopedagogie familială și școlară.

Tisseron S. (2002), *L'individu surexposé*, Paris, Hachette.

Tomkiewicz S. (2001), Du bon usage de la résilience. Quand la résilience se substitue à la fatalité, în M. Manciaux (coord.), *La résilience. Résister et se construire*, Geneva, Édition Médecine et Hygiène, p. 229–237.

Zoll R. (1988), Vers une éthique discursive, în C. Laure d'Epinay și R. Sue (coord.), *Chômage, marginalité et créativité*, Universitatea din Geneva, p. 65–78.

IV.

Evaluarea rezilienței

Serban Ionescu și Colette Jourdan-Ionescu

Poziţiile referitoare la evaluarea rezilienţei sunt diferite iar acesta este, în mare măsură, rezultatul absenţei consensului în ceea ce priveşte definiţia conceptului. Într-adevăr, anumiţi autori pun accentul pe caracteristicile individuale sau pe alţi factori care favorizează sau împiedică dezvoltarea rezilienţei. Alţii o evaluează pornind de la strategiile utilizate de persoanele care înfruntă adversitatea, abordând astfel reziliența ca proces. Cercetători precum Luthar şi Cushing (1999) sau Luthar şi Zelazo (2003) susţin că reziliența nu poate fi măsurată direct, ci numai dedusă, pe baza a două concepte care o compun: riscul (sau adversitatea) şi adaptarea reuşită (sau competența). Să remarcăm, de asemenea, că adversarii iredutabili ai ideii de măsurare a unei caracteristici psihologice — numeroşi în Franța — se situează pe o poziţie foarte critică şi refuză orice tentativă de elaborare a unor instrumente de evaluare.

Dar nu putem să nu observăm că, de la începutul anilor 1990, tot mai mulţi cercetători se străduiesc să elaboreze instrumente (scale, chestionare, inventare) pentru evaluarea rezilienţei. În acest context, am scris capitolul de faţă pentru a le oferi cititorilor o prezentare cât se poate de completă a instrumentelor de evaluare a rezilienţei şi a conceptelor înrudite. Pe lângă descrierea felului în care au fost elaborate aceste instrumente, vom preciza caracteristicile lor psihometrice şi vom da câteva exemple de itemi. Atunci când instrumentele respective au fost utilizate în alte cercetări ce au făcut obiectul publicării, noi le vom prezenta în funcţie de interesul lor pentru domeniul evaluării sau doar vom menţiona aceste cercetări. Astfel, cititorii vor putea să retraseze drumul parcurs de instrumentele respective pornind de la conceperea lor.

Începuturile: evaluarea rezilienței Eului

Conceptul de *reziliență a Eului* își are originile în lucrările de cercetare ale lui Jack Block (1950) și Jeanne Block (1951), pentru tezele lor de doctorat de la Universitatea Stanford. Sensul acestui concept este precizat în 1980, când Block și Block îl consideră a fi unul dintre factorii subiacenți adaptării. Reziliența Eului ar corespunde capacității de adaptare într-o manieră flexibilă și ingenioasă la factorii exteriori și interiori generatori de stres. Într-o manieră mai specifică, ea ar reprezenta o resursă legată de personalitate, care permite indivizilor să-și modifice nivelul de control al Eului și modul obișnuit de exprimare a acestui control, astfel încât să facă față contextelor de mediu prezente, iar pe termen lung să funcționeze în aceste contexte și să le modeleze.

O primă operaționalizare a conceptului de reziliență a Eului a fost realizată pornind de la chestionarul *California Adult Q-Sort* (Block, 1961/1978), instrument compus din 100 de afirmații care descriu caracteristicile personalității și ale funcționării sale. Observatorii sau evaluatorii care s-au familiarizat cu subiecții participanți la cercetarea respectivă (prin interacțiuni directe sau citind materiale de arhivă despre acești participanți) au putut determina 13 itemi cei mai caracteristici pentru reziliența Eului și, respectiv, 13 itemi cel mai puțin caracteristici, aparținând chestionarului *California Adult Q-Sort*.

Procesul de culegere și de analiză a itemilor caracteristici pentru reziliența Eului a continuat și a culminat cu elaborarea a ceea ce Block și Kremen (1996) definesc drept ultima versiune a *scalei de reziliență a Eului*, numită *ER89*. Acest instrument este format din 14 itemi care sunt notați pe o scală cu patru puncte, unde 1 înseamnă „dezacord total", iar 4 „acord total". Pentru aplicare, autorii recomandă intercalarea itemilor acestei scale printre itemii altor inventare administrate simultan. Cu titlu de exemplu, vom cita doi itemi ai *ER89*:

— „Sunt generos/generoasă cu prietenii mei" (itemul nr. 1);
— „Sunt mai curios/curioasă decât majoritatea oamenilor" (itemul nr. 8).

Intercalați printre itemii celorlalte instrumente de evaluare, itemii scalei *ER89* au fost administrați aceleiași populații de subiecți, la interval de cinci ani (subiecții au avut prima dată 18 ani și apoi 23 de ani). Coeficientul alfa al eșantionului total a fost, pentru ambele vârste, 0,76. După cinci ani, coeficientul de corelație a scorurilor *ER89* a fost de 0,51 în cazul subiecților de sex feminin și de 0,39 pentru bărbați. Menționăm și că o echipă a Universității Toulouse II a tradus în franceză itemii scalei de reziliență a Eului și a studiat

fidelitatea şi validitatea acestui instrument (Callahan, Rogé, Cardénal, Cayrou şi Sztulman, 2001)[1].

Pornind de la itemii proveniţi din *California Psychological Inventory* — instrument format din 472 de itemi care acoperă un ansamblu complet de trăsături de personalitate —, Klohnen (1996) a elaborat o scală de rezilienţă a Eului cu autoadministrare. În cele din urmă au fost reţinuţi 29 de itemi, printre care se numără:

— „În cea mai mare parte a timpului mă simt fericit"
— „Viaţa mea de zi cu zi e plină de lucruri interesante"

Pentru scala cu 29 de itemi, coeficienţii alfa se înscriau între 0,81 şi 0,88. Conform aşteptărilor care decurg din modul în care este teoretizat conceptul de rezilienţă a Eului, Klohnen a descoperit că scorurile scalei sale sunt corelate cu adaptarea globală a femeilor, evaluată cu *Indexul de adaptare adultă* al lui Picano.

Un concept foarte apropiat de rezilienţa Eului este acela de *rezilienţă personală*, utilizat de Prince-Embury (2006, 2007), autor al *scalelor de rezilienţă pentru copii şi adolescenţi* sau *RSCA*.[2] Pentru Prince-Embury, rezilienţa personală se defineşte prin trei concepte ale dezvoltării — sentimentul de control, sentimentul de a se afla în relaţie şi reactivitatea emoţională — dimensiuni care se suprapun, în plan conceptual, peste conceptul de rezilienţă a Eului propus de Block şi Block.

RSCA sunt compuse din 64 de itemi care se repartizează într-o manieră inegală în trei scale autoadministrate: „Sentiment de control" (20 de itemi), „Sentimentul de a fi în relaţie" (24 de itemi) şi „Reactivitate emoţională" (20 de itemi). La rândul lor, aceste trei scale sunt compuse din subscale. Astfel, scala „Sentiment de control" cuprinde subscalele „Optimism", „Eficienţă personală" şi „Adaptabilitate"; scala „Sentimentul de a fi în relaţie" este formată din subscalele „Încredere", „Susţinere socială percepută", „Confort" şi „Toleranţă"; scala „Reactivitate emoţională" este formată din subscalele „Sensibilitate", „Restabilire" şi „Tulburare".

Coeficienţii alfa ai celor trei scale aplicate unor subiecţi de ambele sexe cu vârste cuprinse între 9 şi 14 ani sunt cuprinşi între 0,85 şi 0,91. Fidelitatea test–retest a celor trei scale variază de la 0,79 la 0,95. Alte informaţii referitoare la *RSCA* pot fi găsite în Prince-Embury (2007, 2008).

Acest studiu se referă şi la itemii destinaţi să evalueze controlul Eului.
Resiliency Scales for Children and Adolescents.

Lucrările lui Wagnild şi Young: o scală construită pornind de la interviuri cu persoane considerate reziliente

Primele eforturi în această direcţie au fost depuse, începând cu 1988, de Gail Wagnild şi Heather Young, de la Şcoala de Nursing a Universităţii din Seattle, iar în 1993 a apărut prima publicaţie în care se face referire la *scala* lor *de reziliență*.[1] În elaborarea acestui instrument, Wagnild şi Young au pornit de la istorisirile a 24 de femei care s-au adaptat bine, aşa cum indică „moralul" şi „nivelul de implicare socială", după ce au trăit „evenimente majore de viaţă" (Wagnild şi Young, 1993, p. 167).

Pornind de la datele astfel culese, Wagnild şi Young identifică următoarele cinci componente ale rezilienţei:

- *calmul* (sau *seninătatea*), exprimat prin tendinţa de a lua lucrurile aşa cum sunt, reducând reacţiile extreme la adversitate printr-o perspectivă echilibrată asupra vieţii şi experienţelor pe care le oferă, păstrând o stare de calm în cât mai multe situaţii;
- *perseverenţa*, care înseamnă a persista în ciuda adversităţii sau a descurajării, a continua lupta pentru a-şi reconstrui viaţa, a rămâne implicat şi a da dovadă de autodisciplină;
- *încrederea în sine*, adică acea capacitate de a conta pe sine, de a-şi recunoaşte forţele şi limitele;
- capacitatea de *a da sens*, de a realiza că în viaţă sunt scopuri de atins şi că unele sunt deja atinse, că există lucruri pentru care trebuie să trăieşti;
- *solitudinea existenţială*, care corespunde prezenţei unui sentiment de libertate şi de unicitate, realizării faptului că parcursul vieţii fiecărei persoane este unic şi chiar dacă anumite situaţii sunt împărtăşite cu alte persoane, sunt altele pe care trebuie să le înfrunţi singur.

Pornind de la procesul-verbal al interviurilor purtate cu 24 de femei considerate reziliente, Wagnild şi Young au selecţionat, ca itemi ai scalei lor, enunţuri ce corespund fiecăreia dintre cele cinci componente ale rezilienţei menţionate mai sus.

Scala de reziliență a lui Wagnild şi Young este formată din 25 de itemi. Persoanele cărora le este administrată trebuie să noteze în ce măsură sunt de

---

[1] O singură altă publicaţie a putut fi găsită între 1988 şi 1993 (Wagnild şi Young, 1990), dedicată rezilienţei la femeile vârstnice.

acord cu fiecare item, pe o scală de la 1 („dezacord total") la 7 („acord total"). Scorurile teoretice totale variază de la 25 la 175, scorurile ridicate indicând un nivel mai crescut de reziliență.

Această scală a fost pretestată pe studenți și, în ciuda faptului că cinci studii preliminare[1] pledau în favoarea unei bune fidelități și validități a scalei lor, Wagnild și Young au considerat necesar studiul proprietăților sale psihometrice asupra unui eșantion mare, stabilit aleatoriu. Această cercetare a fost publicată în anul 1993. Eșantionul studiat cu această ocazie a fost format din 782 de persoane (din care 62,3% femei), cu vârste cuprinse între 53 și 93 de ani. S-au obținut scoruri între 62 și 175, media fiind de 148,3 (DS=16,9).

Validitatea concurentă a fost evaluată calculând corelațiile cu rezultatele mai multor instrumente: *Scala de satisfacție a vieții*, *Scala de evaluare a moralului* din centrul geriatric din Philadelphia, *Scala de depresie a lui Beck* și o autoevaluare a sănătății fizice, pe o scală cu cinci puncte. Toate aceste corelații s-au înscris pe direcția așteptată și au avut un prag de semnificație $\rho \leq 0{,}001$. *Fidelitatea* (coeficientul alfa) a fost de 0,91. Corelațiile item-total au mers de la 0,37 la 0,75 (majoritatea situându-se între 0,50 și 0,70). Toți acești coeficienți erau semnificativi la $\rho \leq 0{,}001$.

Analiza componentelor principale a scos în evidență doi factori care ar explica 44% din varianță. *Factorul I*, numit „competență personală", cuprinde 17 itemi care reprezintă încrederea în sine, independența, hotărârea, controlul, deținerea de resurse pentru a face față situațiilor dificile, perseverența. Câteva exemple de itemi pot ilustra cu succes acest factor:

— „Atunci când mă angajez într-un proiect, îl duc la bun sfârșit" (itemul 1);
— „Mă pot baza pe mine mai mult decât pe alții" (itemul 3);
— „Sunt o persoană hotărâtă" (itemul 10);
— „De regulă, pot ieși din situațiile dificile în care mă aflu" (itemul 23);
— „Am suficientă energie pentru a-mi îndeplini sarcinile" (itemul 24).

Al doilea factor, numit „acceptare de sine și a vieții", este reprezentat de opt itemi care se referă la adaptabilitate, echilibru, flexibilitate și o perspectivă echilibrată asupra vieții. Acești opt itemi reflectă acceptarea vieții și un sentiment de pace, în ciuda adversității. Următoarele exemple permit ilustrarea acestui al doilea factor:

---

[1] Aceste studii au fost întreprinse asupra partenerilor persoanelor atinse de maladia Alzheimer, asupra proaspeților absolvenți de studii superioare, asupra femeilor care reluaseră lucrul după prima naștere.

— „Iau lucrurile așa cum sunt" (itemul 12);
— „Găsesc întotdeauna ceva care să mă facă să râd" (itemul 16);
— „Viața mea are un sens" (itemul 21);
— „Nu zăbovesc asupra lucrurilor pe care nu le pot controla" (itemul 22).

Cum cercetătorii și clinicienii preferă adesea instrumentele de evaluare mai scurte, a fost elaborată o scală formată din 14 itemi (*RS-14*), derivată din scala inițială cu 25 de itemi. În *RS-14*, cele cinci dimensiuni ale rezilienței sunt reprezentate printr-un număr inegal de itemi: cinci pentru dimensiunea „încredere în sine", trei pentru „a da sens" și câte doi itemi pentru fiecare dintre celelalte trei dimensiuni („seninătate", „perseverență" și „solitudine existențială"). Versiunea 2.05 a *RS-14* este prezentată în *Ghidul utilizatorului* scalei de reziliență (Wagnild, 2009). *RS-14* corelează puternic ($r = 0,97$; $\varrho \leq 0,001$) cu scala formată din 25 de itemi, iar coeficientul său alfa este foarte bun (0,93).

Scala lui Wagnild și Young a fost utilizată în numeroase studii. În *Ghidul utilizatorului* sunt menționate 29 de studii și publicații despre traducerile în mai multe limbi: rusă, spaniolă, suedeză și portugheză[1]. În acest capitol, nu ne vom referi decât la câteva cercetări pe care le considerăm deosebit de utile pentru înțelegerea evaluării rezilienței.

Remarcând că *Scala de reziliență* a lui Wagnild și Young a fost administrată unor populații adulte și mai ales femeilor, Hunter și Chandler (1999) au aplicat-o asupra a 51 de adolescenți (28 de fete și 23 de băieți) considerați a fi într-un risc major datorită apartenenței lor la o populație cu venituri reduse și prezentând o prevalență ridicată a abandonului școlar, a sarcinilor precoce, a participării la bande organizate și a violenței.

Pe lângă aplicarea *Scalei de reziliență* a lui Wagnild și Young, Hunter și Chandler propun acestor adolescenți un exercițiu de scriere liberă după metoda WRITE elaborată de Schneider (1993). Animatorii-observatori care făceau parte din echipa de cercetare au informat adolescenții că scopul acestui exercițiu era acela de a-și povesti viața cu propriile cuvinte, pornind de la obiecte-stimul și teme care se schimbau în fiecare zi:

— pentru *zilele 1 și 7*, obiectele-stimul sunt un aparat de fotografiat, un joc de cărți, un urs de pluș, o păpușă, un pistol de jucărie și o sticlă de vin;

[1] Wagnild (2010) prezintă rezultatele evaluării *online* a rezilienței cu scala de 25 de itemi. Până în mai 2010, 1 061 de persoane au răspuns la chestionar pe site-ul www.resiliencescale.com și au primit o interpretare imediată a scorului lor. Aceste rezultate permit utilizarea și a altor variabile în analiză, precum nivelul de școlarizare, genul, sănătatea și simptomele de depresie.

— pe parcursul *zilei 2*, tema este „ceva din copilăria ta ce nu mai ai acum";
— în *ziua 3*, tema este planul unui loc de care își amintește adolescentul (loc de petrecere a vacanțelor, loc apropiat de casă etc.);
— în *ziua 4*, tema este „ce vezi dacă stai în cadrul ușii?";
— în *ziua 5*, adolescenții trebuie să scrie gândindu-se la trei lucruri care le provoacă teamă și la trei lucruri care le dau curaj;
— în *ziua 6*, consemnul este să scrie despre una sau mai multe stări emoționale (a fi fericit, trist, supărat etc.);
— în *ziua 8*, adolescenții trebuie să se intervieveze unul pe altul, referitor la ce vor deveni peste cinci ani;
— în *ziua 9*, consemnul este: „Să presupunem că ești invizibil. Ce ai face? Cui i-ai spune? Ce ți-ar lipsi?"

Prezentând această activitate, se preciza adolescenților că lucrările lor nu vor fi notate în niciun fel (nici în ceea ce privește conținutul, nici în ceea ce privește scrierea, punctuația sau ortografia). Adolescenții scriau în fiecare zi timp de 10 minute descriind tot ce le trecea prin cap și orice sentiment apărut în relație cu stimulii aleși sau cu temele propuse. În anumite zile adolescenții nu scriau nimic, în altele alegeau să deseneze în loc de a scrie, în altele reacționau numai la ceea ce scriseseră ceilalți.

La finalul fiecărei perioade de scriere, adolescenții citeau textele redactate, își împărtășeau gândurile și sentimentele cu animatorii și dădeau feedback adolescentului care își citea textul. În mod evident, criticile nu erau permise. Activitățile și discuțiile purtate în cadrul acestor ședințe de grup erau înregistrate de un observator-participant, iar adulții-animatori țineau un jurnal zilnic unde își notau toate observațiile. Textele scrise (378 în total), ca și observațiile adulților care au participat la ședințe au fost analizate utilizând procedeul lui Colaizzi (1983) de extragere și de reformulare a enunțurilor semnificative sub formă de concepte și de teme. Au fost realizate analize pentru a determina în ce măsură adolescenții înțeleg componentele rezilienței numite de cei doi factori descriși de Wagnild și Young: „competență personală" și „acceptare de sine și a vieții".

Scorul mediu (5,3/7) la cei 25 de itemi ai *Scalei de reziliență* administrate la începutul acestei cercetări indică faptul că adolescenții studiați se percep drept rezilienți. Apar diferențe semnificative în funcție de sex (fetele se percep mai puțin reziliente) și de comunitatea de origine (adolescenții caucazieni se consideră mai puțin rezilienți decât cei de origine latino-americană sau afro-americană).

Analizele calitative ale scrierilor, discuţiile în grup şi observaţiile adulţilor observatori-participanţi permit efectuarea a două mari constatări.

a) Pentru adolescenţii studiaţi de Hunter şi Chandler, a fi rezilient înseamnă a se izola de cei care le-au făcut rău, a nu acorda încredere celor din jur, a nu se lăsa purtat de sentimente, a avea încredere în sine şi a se proteja singur fără a depinde de cineva sau a acorda încredere oricui altcuiva, a trece la act, a fi violent pentru a fi auzit şi văzut, a se considera invincibil. Aceste rezultate arată că, pentru aceşti adolescenţi, rezilienţa reprezintă ceva foarte diferit în comparaţie cu ceea ce măsoară *Scala de rezilienţă*: pentru ei. a fi rezilient înseamnă a supravieţui. Pe de altă parte, aceşti adolescenţi „rezilienţi" constituie o populaţie care are nevoie de ajutor.

   Rezultatele obţinute îi determină pe Hunter şi Chandler să considere că, în adolescenţă, rezilienţa poate constitui un proces bazat pe strategii precum izolarea, solitudinea, agresiunea în scopul supravieţuirii, încrederea dată de deţinerea mijloacelor necesare pentru a se susţine, chiar dacă acestea pot face rău celui care le utilizează. Hunter şi Chandler ar trebui să conchidă că în această perioadă a vieţii rezilienţa este un continuum, mergând de la o rezilienţă minoră la rezilienţa optimă. La una dintre extremităţile continuumului, rezilienţa s-ar construi pe baza strategiilor de supravieţuire care implică violenţă, comportamente cu un înalt grad de risc, retragere socială şi emoţională. La celălalt capăt al continuumului, rezilienţa, optimă de data aceasta, ar implica strategii flexibile, distanţare adaptativă şi ar fi bazată pe caracteristici precum stima de sine, eficienţa personală, încrederea şi sociabilitatea.

b) Există diferenţe între prima şi a doua săptămână a exerciţiului scris, participanţii ameliorându-şi în mod semnificativ capacitatea de exprimare. Cei care au desenat vorbesc şi se observă apariţia unui sentiment de apartenenţă la grup. Poţi auzi adolescenţii spunând: „Simt că nu sunt singur" sau „De acum înainte, nu-mi va mai fi teamă să spun ce am de spus". Participanţii la exerciţii încep să aibă încredere în ei şi în ceilalţi (colegi de clasă şi adulţi-animatori). Încep să se susţină unii pe alţii.

La retestare, scorurile medii obţinute la *Scala de rezilienţă* cresc în mod semnificativ, de la 5,3 la 5,8, iar adolescenţii caucazieni îşi ameliorează rezultatele, ajungând de la 4,9 la 6,4. Aceste creşteri sunt considerate de Hunter şi Chandler un efect al relaţiilor de sprijin înfiripate pe parcursul cercetării. Ele

dovedesc utilitatea scalei lui Wagnild și Young ca instrument sensibil la variațiile nivelului de reziliență și, în special, la ameliorarea sa.

Într-o altă cercetare, *Scala de reziliență* a lui Wagnild și Young a fost utilizată de Humphreys (2000) asupra unui grup de 50 de femei bătute, care fuseseră găzduite cel puțin 21 de zile într-unul dintre refugiile din zona Golfului San Francisco. Scorul mediu obținut de aceste femei a fost de 143,1 ± 24, cu o dispersie mergând de la 81 la 175. Răspunsurile medii la fiecare dintre cei 25 de itemi variază între 4,62 și 6,28. Aceste rezultate indică o reziliență relativ bună.

Cei trei itemi cu scorurile medii cele mai ridicate sunt:

— „Sunt o persoană hotărâtă" (itemul 10);
— „Nu mă deranjează că anumite persoane nu mă iubesc" (itemul 25);
— „Sunt mândru(ă) că am realizat anumite lucruri în viață" (itemul 6).

Cei trei itemi care au avut scorurile medii cele mai joase sunt:

— „Atunci când mă angajez în niște proiecte le duc la bun sfârșit" (itemul 1);
— „Nu zăbovesc asupra lucrurilor pe care nu le pot controla" (itemul 22);
— „Mă întreb rareori care este sensul lucrurilor" (itemul 11).

Rezultatele obținute de Humphreys administrând concomitent *Scala de reziliență, Scala de strategii în situații de conflict* (completată cu întrebări despre agresiunea sexuală, traumatismul fizic și gravitatea leziunilor) și *SCL-90 Revizuită* (care evaluează suferința psihologică) arată:

— că nu este nicio corelație între nivelul de reziliență și strategiile utilizabile în rezolvarea conflictelor sau gravitatea leziunilor fizice;
— că femeile bătute având scoruri mai ridicate la *Scala de reziliență* (care sunt deci mai reziliente) acuză, per total, mai puține simptome, iar simptomele de suferință psihologică pe care le au sunt mai puțin intense.

Să menționăm, de asemenea, utilizarea instrumentului elaborat de Wagnild și Young în mai multe cercetări efectuate asupra unor populații foarte diferite: bărbați și femei în șomaj (Moorhouse și Caltabiano, 2007), persoane mai în vârstă de 90 de ani (Isaksson, Santamäki-Fischer, Nygren, Lundman, Åström, 2007) și asistenți ai persoanelor diagnosticate cu maladia Alzheimer (Wilks, 2008; Wilks și Croom, 2008).

Scala de reziliență a lui Wagnild și Young a făcut, de asemenea, obiectul mai multor studii care scot în evidență problemele pe care le poate genera utilizarea unui instrument de evaluare într-o cultură diferită de aceea în care a fost elaborat instrumentul. O echipă a Colegiului Boston (Aroian, Schappler-Morris, Neary și Tran) și Ada Spitzer de la Universitatea Haiffa (Israel) au avut drept obiectiv studierea structurii factoriale, a consistenței interne și a validității concurențiale a adaptării în limba rusă a scalei lui Wagnild și Young, administrată unui eșantion de 450 de imigranți (din care 47,1% bărbați) sosiți în Israel la începutul anilor 1990 din fosta Uniune Sovietică (Aroian, Schappler-Morris, Neary, Spitzer și Tran, 1997). Cu o vârstă medie de 44,3 ani, locuiau în Israel de 3,72 ani, în medie. Pe lângă adaptarea în limba rusă a scalei lui Wagnild și Young, ei au completat și *Scala de probleme asociate imigrării* a lui Aroian, scalele depresie și somatizare ale *SCL-90–R* și un „Inventar" compus din cinci itemi referitori la sănătatea generală, binele emoțional, satisfacția față de sine, atingerea scopurilor și abilitatea de a face față situațiilor dificile (acești itemi au fost evaluați de la 1 — total nesatisfăcut, la 6 — total satisfăcut).

Datorită rezultatelor obținute, Aroian *et al.* repun problema structurii scalei Wagnild și Young și propun o scală cu 12 itemi și două dimensiuni sau factori numiți „competență personală" (evaluată prin nouă itemi) și „acceptare a vieții" (măsurată cu numai trei itemi). Pentru Aroian și colaboratorii săi, itemii referitori la acceptarea de sine fac referință, foarte probabil, la un concept al culturii americane nerelevant pentru cultura rusă. Această interpretare este susținută de faptul că cel mai bun model factorial este obținut, în parte, eliminând itemii 8 și 25 referitori la acceptarea de sine/satisfacția în raport cu sinele. Itemul nr. 8, formulat inițial „I am *friend* with myself"[1] a fost tradus în rusă „Sunt împăcat cu mine însumi". Itemul 25 este formulat astfel: „Nu mă deranjează că anumite persoane nu mă iubesc" („It's okay if there are people who don't like me").

Pe de altă parte, Aroian *et al.* menționează că participanții la studiu au fost crescuți într-un regim comunist care punea accentul pe colectivism și era incompatibil cu individualismul caracteristic Statelor Unite. Apărea deci o problemă de echivalență culturală.

Adaptarea scalei lui Wagnild și Young în limba rusă a arătat, de asemenea, că doi alți itemi

— „De obicei, reușesc să mă adaptez cu ușurință" (itemul 7) și
— „Nu zăbovesc asupra lucrurilor pe care nu le pot controla" (itemul 22)

---

[1] „Sunt propriul meu *prieten*". *(N.t.)*

nu corespund unor trăsături utile noilor imigranți. Aceştia au nevoie să facă faţă în mod activ problemelor generate de imigrare precum, de exemplu, faptul de a trebui să înveţe o nouă limbă şi de a se adapta din punct de vedere material. Cu alte cuvinte, această cercetare arată cum caracteristicile eşantionului studiat şi natura factorilor de stres la care sunt supuse persoanele care îl compun ar putea explica de ce validitatea concurentă a subscalei „acceptarea vieţii" a fost mai slabă decât aceea a subscalei „competenţă personală". Scorurile subscalei „acceptarea vieţii" trebuie deci să fie interpretate cu prudenţă.

În ciuda acestor avertismente, trebuie notat că scorul total şi scorurile celor două subscale propuse de Aroian *et al.* corelează semnificativ ($\rho < 0{,}001$) în direcţiile aşteptate cu scorurile celorlalte instrumente administrate:

- imigranţii rezilienţi au mai puţine probleme legate de imigrare, sunt mai puţin depresivi (sau deloc) şi somatizează mai puţin sau deloc;
- imigranţii rezilienţi au o sănătate generală mai bună, prezintă o stare emoţională mai bună, sunt mai satisfăcuţi de ei înşişi, îşi ating în mai mare măsură scopurile şi fac mai bine faţă situaţiilor dificile.

Adaptarea scalei americane a lui Wagnild şi Young în Japonia ridică, de asemenea, probleme. Araki (2000) a administrat această scală unui număr de 172 de tineri adulţi japonezi (cu vârsta medie de 19,06 ani), concomitent cu *Scala de reziliență* a lui Jew, Green şi Kroger (1999), care va fi şi ea prezentată în acest capitol. Rezultatele analizelor datelor obţinute în Japonia, structurate pe componente principale, arată că cele două scale aveau structuri factoriale diferite de cele descrise de autorii americani.

Un studiu psihometric — efectuat, fără îndoială, asupra celui mai mare număr de subiecţi sănătoşi studiaţi până în prezent într-o cercetare asupra evaluării rezilienţei ($N = 3265$) — a fost realizat în Belgia cu varianta olandeză (*RS-nl*) a scalei lui Wagnild şi Young (Portzky, Wagnild, De Bacquer şi Audenaert, 2010). Este vorba de traducerea variantei cu 25 de itemi, cu unele modificări: rescrierea itemului 11 (a cărui formulare negativă a fost inversată) şi notarea răspunsurilor pe o scală Likert cu numai patru puncte.

Acest studiu confirmă existenţa a doi factori: „competenţă personală" şi „acceptare a vieţii şi a sinelui". Surprinzător, rezultatele lui Portzky *et al.* confirmă existenţa unei corelaţii pozitive între scorul total şi vârsta subiecţilor, observate anterior, odată cu administrarea aceleiaşi scale în Suedia, pe un grup de 1 719 persoane (Lundman, Strandberg, Eiseman, Gustafson şi Brulin,

2007). Într-adevăr, scorul mediu total se ridică la subiecţii lui Portzky *et al.* de la 79,7 (pentru grupul de 16–25 de ani), la 84,8 (pentru subiecţii mai în vârstă de 65 de ani). Această observaţie ar susţine ipoteza potrivit căreia nivelul rezilienţei creşte pe măsură ce subiecţii trec prin diverse situaţii, depăşind problemele şi adversităţile.

Cercetările întreprinse de Cynthia Jew: pornind de la o teorie a rezilienţei

Lucrarea de cercetare doctorală realizată de Cynthia Jew la Universitatea Denver (Jew, 1991) şi cele care i-au urmat (Jew şi Green, 1998; Jew *et al.*, 1999) au dus la elaborarea unei scale de rezilienţă. Construirea acestui instrument se bazează pe teoria propusă de Mrazek şi Mrazek (1987). Conform acestor autori, reacţiile la stres sunt influenţate de modalitatea în care este tratată situaţia, de capacitatea subiectului de a o analiza, de a-i da un sens şi de a o corela cu propriul sistem conceptual. Din aceste motive, teoria rezilienţei elaborată de ei este numită *teoria evaluării cognitive*.

Persoanele reziliente fac mai bine faţă stresului deoarece utilizează anumite competenţe şi prezintă anumite trăsături, în număr de douăsprezece, conform lui Mrazek şi Mrazek:

- capacitatea de a reacţiona rapid la stres;
- o maturitate precoce (pseudoadultizarea copilului);
- capacitatea de „a se distanţa" de afectele intense;
- căutarea de informaţii (mai ales cele referitoare la riscurile care provin din mediu);
- abilitatea de a crea şi de a utiliza relaţii de sprijin, de ajutor în timp de criză;
- anticiparea proiectivă pozitivă (capacitatea de a se proiecta în viitor şi de a-şi imagina cum va fi viaţa lor când dificultăţile vor fi trecut);
- capacitatea de a lua decizii, chiar dacă acestea implică riscuri personale;
- convingerea că sunt iubite pentru că o merită;
- capacitatea de a se identifica pe sine cu anumite aspecte care ţin de competenţa agresorului;
- reevaluarea pozitivă a evenimentelor dureroase (capacitatea de a le reelabora, astfel încât să devină mai acceptabile sau congruente cu propriul punct de vedere);

— altruismul (a da celorlalţi cu plăcere);
— optimismul şi speranţa (capacitatea de a adopta un punct de vedere pozitiv în ceea ce priveşte evenimentele viitoare).

În contextul teoretic propus de Mrazek şi Mrazek, reziliența ar proveni dintr-un sistem conceptual specific al subiectului (privitor la capacităţile şi la relaţiile sale, precum şi la bunătatea lumii), care interacţionează cu factorii de stres ai mediului, pentru a modela capacităţile de adaptare ale individului. Persoanele reziliente îşi asumă un ansamblu diferit de concepţii, prin care devin capabile să achiziţioneze şi să utilizeze anumite competenţe, pentru a face faţă situaţiilor de stres într-o manieră mai eficientă.

Pornind de la cele douăsprezece capacităţi menţionate mai sus, Jew *et al.* (1999) au formulat 109 itemi care au fost prezentaţi unui număr de cinci experţi (printre care, cei doi Mrazek): doi pedopsihiatri, doi psihologi pentru copii şi un asistent social. Experţii au reţinut cei mai buni cinci itemi pentru fiecare dintre cele douăsprezece capacităţi sau trăsături. Numărul total de itemi a fost, astfel, redus la 60. Această primă variantă a *Scalei de reziliență* a lui Jew *et al.* a fost apoi administrată unui număr de 408 elevi ai clasei a IX-a (în vârstă, deci, de 14–15 ani).

Analiza pe componente principale a scos în evidenţă patru factori care explică 34% din varianţă şi care permit constituirea a patru subscale, reunind 37 din cei 60 de itemi administraţi. Subscalele poartă următoarele nume:

— „optimism" (15 itemi);
— „orientare către viitor" (10 itemi);
— „încredere în ceilalţi" (6 itemi) şi
— „independenţă" (6 itemi).

Calculul fidelităţii test–retest (la un interval de 23 de săptămâni) pentru scala lui Jew *et al.* (1999) cu 60 de itemi, pe un eşantion de 50 de adolescenţi, dă coeficienţi care variază de la 0,57, pentru subscala „orientare către viitor", la 0,70, pentru subscala „independenţă".

Primele trei subscale corelează slab cu rezultatele obţinute de adolescenţi la evaluarea nivelului lor şcolar. Dimpotrivă, subscala „independenţă" nu prezintă nicio corelaţie semnificativă cu aceste evaluări. Corelaţiile scorurilor reziliență cu scorurile obţinute la *Scala locului controlului* şi la aceea pe baza căreia se elaborează *Profilul percepţiei de sine* la adolescenţi sunt slabe. Evaluările părinţilor care au completat, pentru copiii lor, *Lista de notare a comportamentelor*

adaptative normative nu corelează deloc cu scorurile rezilienței. Menționăm că, în cele din urmă, pentru subscala „independență", niciuna dintre corelațiile cu scorurile instrumentelor amintite mai sus nu este semnificativă. Cu excepția subscalei „încredere în ceilalți", scorurile la alte subscale obținute de adolescenții școlarizați în instituții obișnuite erau semnificativ mai bune decât cele ale grupului de adolescenți instituționalizați într-un centru de tratament psihiatric.

Având în vedere toate aceste rezultate, Jew *et al.* (1999) au procedat la o nouă revizuire a scalei create anterior:

- au modificat subscala „independență", pentru a reflecta mai degrabă asumarea riscurilor, decât luarea independentă a deciziilor. Această modificare se bazează pe observarea faptului că asumarea riscurilor poate juca un rol în procesul de reziliență, cu precădere în situațiile puternic amenințătoare;
- au verificat din nou, pe de o parte, corespondența între itemii păstrați și cele douăsprezece competențe și trăsături descrise de Mrazek și Mrazek și, pe de altă parte, echilibrul între cele patru subscale;
- au păstrat evaluarea itemilor pe o scală cu cinci puncte, mergând de la „dezacord puternic" la „acord puternic".

Scala revizuită este formată din 49 de itemi. A fost administrată unui număr de 329 de elevi înscriși în clasele VII-XII (în vârstă, deci, de 13-18 ani). Analiza pe componente principale a rezultatelor obținute a scos în evidență trei factori. Pe această bază, au fost păstrați 35 de itemi, organizați în trei subscale.

- Subscala „orientare către viitor" este formată din 19 itemi care fac referire la competențele și caracteristicile următoare ale listei elaborate de Mrazek și Mrazek: optimism, speranță, anticipare proiectivă pozitivă. Printre itemii acestei subscale se numără:

  - „Într-o zi, visul devine realitate" (itemul 3);
  - „Privesc înainte, spre viitor" (itemul 7);
  - „Lucrurile vor merge mai bine" (itemul 11);
  - „Mâine va fi o zi mai bună" (itemul 13) și
  - „Mă gândesc la ziua de mâine" (itemul 19).

- Subscala „achiziție activă a competenței" este formată din 10 itemi. Competențele și trăsăturile pe care le reflectă itemii acestor subscale sunt: căutarea informației, crearea și utilizarea relațiilor, maturitatea precoce, altruismul, identificarea cu competențele agresorului. Iată câteva exemple de itemi aparținând acestei subscale:

  — „Sunt pregătit, indiferent ce s-ar întâmpla" (itemul 21);
  — „Mă informez în legătură cu ceea ce se poate produce, înainte ca acel lucru să se producă" (itemul 23);
  — „Dacă nu știu, întreb" (itemul 25) și
  — „Îmi place să dăruiesc celorlalți" (itemul 28).

- Subscala „independență/asumarea riscurilor" este formată din 6 itemi care se referă la capacitatea de a reacționa rapid la pericol și de a-și asuma riscuri într-o manieră hotărâtă (fără ezitare). Dintre acești itemi, pot fi citați:

  — „Iau multe decizii" (itemul 31);
  — „Îmi asum riscuri, oricare ar fi consecințele" (itemul 33) și
  — „Pot reacționa în caz de pericol" (itemul 34).

Singura trăsătură care nu se reflectă în niciuna din subscalele formei finale este „convingerea de a fi iubit". Este vorba, de fapt, de o intricare a acestei trăsături în itemii celor trei subscale. Itemii întocmiți pentru această trăsătură, părând a fi încărcați cu cei trei factori descriși, au fost în final eliminați.

Corelațiile primelor două subscale cu rezultatul testului de adaptare *A-Cope* au fost moderate. Dimpotrivă, corelația dintre rezultatele obținute la acest test cu acelea obținute la subscala „independență/asumarea riscului" era slabă. Fidelitatea test-retest a subscalelor, la interval de patru luni, a crescut de la 0,36 la 0,57. Consistența internă s-a modificat de la 0,68 la 0,91 la pretest și de la 0,77 la 0,95 la posttest. Subiecții considerați cu risc ridicat în funcție de cinci variabile (decesul unui părinte, divorț, abuz, abuz de droguri sau de alcool și probleme cu legea) au obținut, în general, scoruri mai slabe la primele două subscale.

Scale construite pe baza unor publicații referitoare la trăsăturile persoanelor reziliente

Scala Connor-Davidson

În elaborarea scalei care le poartă numele, Connor și Davidson (2003) fac, la început, un inventar al trăsăturilor persoanelor reziliente, așa cum sunt descrise în publicațiile disponibile.

O primă sursă de informații este raportul lui Alexander (1998) referitor la expediția efectuată în anul 1912 în Antarctica de Sir Edward Shackleton. Supraviețuirea membrilor acestei expediții se datorează, în mare parte, trăsăturilor personale ale lui Shackleton, trăsături considerate tipice pentru individul care dă dovadă de reziliență în fața enormelor dificultăți întâlnite pe parcursul respectivei expediții. Acest raport a permis observarea rolului credinței și al încrederii în șansă, componente spirituale ale rezilienței.

Pornind de la lucrările lui Kobasa (1979) asupra robusteții, au fost reținute trăsăturile acestui tip de personalitate: faptul de a concepe stresul ca pe o provocare sau ca pe o oportunitate, importanța implicării personale, a angajamentului și aceea a controlării situației.

De la Rutter (1985) au fost reținute: dezvoltarea unei strategii cu un scop/obiectiv clar, focalizarea pe acțiune, o stimă de sine/încredere în sine puternică, adaptabilitatea la situații noi, abilitățile de a rezolva probleme sociale, umorul în fața stresului, efectul întăritor al stresului, asumarea responsabilităților pentru a gestiona stresul, legăturile afective sigure/stabile, faptul de a fi trăit sentimente de reușită și realizare (ultimele două trăsături ar putea reprezenta piloni ai rezilienței).

Pornind de la publicația lui Lyons (1991) referitoare la evaluarea potențialului pentru o adaptare pozitivă ulterioară traumei, au fost reținuți itemii referitori la răbdare și la abilitatea de a suporta stresul sau durerea.

Pe parcursul elaborării scalei lor, Connor și Davidson au avut drept obiective:

- elaborarea unui instrument valid și fidel pentru cuantificarea rezilienței;
- stabilirea unor valori de referință în rândul populației generale și al eșantioanelor clinice;
- evaluarea modificărilor rezilienței unei populații clinice în urma aplicării unui tratament farmacologic.

Scala de reziliență elaborată de Connor și Davidson, cunoscută sub abrevierea *CD-RISC*[1], este un instrument scurt, autoadministrat. Este formată din 25 de itemi alcătuiți pe baza celor patru surse menționate. Acești itemi trebuie să fie evaluați pe o scală cu cinci trepte: 0 = complet neadevărat; 1 = rareori adevărat; 2 = uneori adevărat; 3 = adesea adevărat; 4 = adevărat aproape mereu. Răspunsurile subiectului trebuie să se raporteze la luna anterioară. Scorul total variază de la 0 la 100, scorurile cele mai ridicate indicând o reziliență mai mare.

CD-RISC a fost administrată pe șase grupuri de subiecți:

- *grupul 1*, format din 577 de persoane, alese aleatoriu din populația generală;
- *grupul 2* era compus din 139 de pacienți în ambulatoriu, care beneficiau de îngrijiri primare[2];
- *grupul 3* era format din 43 de pacienți psihiatrici, tratați ambulatoriu în sistemul privat;
- *grupul 4* era constituit din 25 de persoane care participau la un studiu despre tulburarea anxioasă generalizată;
- *grupurile 5 și 6* conțineau câte 22 de pacienți participanți la două studii clinice despre tulburarea de stres posttraumatic (TSPT). Subiecții grupului 6 nu au participat decât la comparațiile diagnostice intergrupale și la evaluarea schimbării pre–post tratament.

Grupurile 1–5 (reunind 806 subiecți) cuprindeau 65% femei (N = 510) și 77% caucazieni (N = 588). Vârsta medie a 763 dintre subiecți era de 43,8 ani (DS = 15,3). Pentru cele șase grupuri studiate, scorurile medii și abaterile standard sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1 — Scorurile medii și abaterile standard la CD-RISC*

Grupul	Media	Abaterea standard
1	80,4	12,8
2	71,8	18,4

---

[1] De la denumirea în limba engleză. *Connor-Davidson Resilience Scale.*

[2] Conform Organizației Mondiale a Sănătății, asistența în domeniul sănătății primare reprezintă asistență medicală esențială, accesibilă în mod universal indivizilor și familiilor, în sânul propriilor comunități, prin mijloace acceptabile pentru ei, cu un cost pe care comunitățile și țările îl pot suporta. Face parte integrantă atât din sistemul național de sănătate, cât și din dezvoltarea economică și socială a întregii comunități.

3	68	15,3
4	62,4	10,7
5	47,8	19,5
6	52,8	20,4

* Comparaţiile intergrupale scot în evidenţă diferenţe semnificative între grupul 1 şi grupurile 2, 3, 4, 5 şi 6 şi, respectiv, între grupul 2 şi grupurile 4, 5 şi 6.

Fidelitatea test–retest a fost calculată pentru subiecţii din grupurile 4 şi 5, la care modificarea clinică între două examinări succesive a fost considerată nulă sau foarte slabă. Coeficientul de corelaţie obţinut (0,87) indică o fidelitate test–retest ridicată. *Consistenţa internă* a fost evaluată cu ajutorul coeficientului alfa Cronbach şi al corelaţiilor item–total. Coeficientul alfa pentru întreaga scală a fost de 0,89 pentru grupul 1 (N = 577), iar corelaţiile item–total au variat între 0,30 şi 0,70.

Validitatea convergentă a fost stabilită calculând corelaţiile între scorurile obţinute la *CD-RISC* de subiecţii anumitor grupuri şi scorurile aceloraşi subiecţi la mai multe teste: *Scala de robusteţe* a lui Kobasa şi *Scala de stres perceput* (administrată subiecţilor din grupul 3), *Scala de vulnerabilitate* la stres a lui Sheehan (administrată unei populaţii combinate de 591 de subiecţi), *Scala de incapacitate* a lui Sheehan (administrată subiecţilor din grupurile 3 şi 4) şi *Scala de susţinere socială* a lui Sheehan (administrată unui grup de 589 de subiecţi). Toate rezultatele obţinute sunt semnificative şi arată:

— o corelaţie pozitivă între *CD-RISC* şi *Scala de robusteţe* a lui Kobasa la pacienţii psihiatrici trataţi ambulatoriu;
— nivelurile ridicate de rezilienţă se asociază cu perceperea unui stres mai redus, cu niveluri mai reduse de vulnerabilitate la stresul perceput, cu niveluri mai scăzute de incapacitate şi cu o susţinere socială mai importantă.

Validitatea discriminatorie sau divergentă a fost evaluată calculând, pentru subiecţii din grupul 4, corelaţia scorurilor *CD-RISC* cu cele obţinute la *Scala experienţei sexuale Arizona*. Rezultatul indică absenţa unei corelaţii semnificative.

Toate aceste rezultate arată că *CD-RISC* are proprietăţi psihometrice puternice. Analiza factorială efectuată asupra rezultatelor obţinute cu eşantionul populaţie generală a scos în evidenţă cinci factori.

- *Factorul 1* reflectă competența personală, standarde ridicate și tenacitate. Următorii doi itemi constituie exemple de itemi saturați în acest factor:
  — „Atunci când lucrurile par lipsite de speranță, nu renunț" (itemul 12);
  — „Muncesc pentru a-mi atinge obiectivele" (itemul 24).

- *Factorul 2* corespunde încrederii în propriile intuiții, toleranței față de afectele negative și efectelor fortifiante ale stresului. Iată două exemple de itemi saturați în acest factor:
  — „Iau decizii nepopulare sau dificile" (itemul 18);
  — „Acționez în funcție de un presentiment" (itemul 20).

- *Factorul 3* este asociat acceptării pozitive a schimbării și unor relații de încredere. Exemplele care urmează prezintă itemi saturați în acest factor:
  — „Sunt capabil să mă adaptez schimbării" (itemul 1);
  — „O pot scoate la capăt, indiferent ce s-ar întâmpla" (itemul 4).

- *Factorul 4* se referă la control, iar exemplele următoare prezintă itemi saturați în acest factor:
  — „Știu unde să mă adresez pentru a găsi ajutor" (itemul 13);
  — „Eu îmi controlez viața" (itemul 22).

- *Factorul 5* corespunde influențelor spirituale. Cele două exemple care urmează înfățișează itemi saturați în acest factor:
  — „Soarta sau Dumnezeu ajută uneori" (itemul 3);
  — „Ceea ce ni se întâmplă are o cauză" (itemul 9).

Rezultatele acestei cercetări arată, de asemenea, că și după farmacoterapia scurtă administrată pacienților cu TSPT, reziliența crește cu cel puțin 25%. Surprinzător, subiecții cu TSPT care au manifestat cele mai importante ameliorări clinice au obținut scoruri la *CD-RISC* apropiate de media observată în cadrul populației generale. Conform lui Connor și Davidson, aceasta reprezintă prima demonstrație a creșterii rezilienței ca urmare a unui tratament farmacologic, rezultat care arată că *CD-RISC* este un instrument care poate fi indicat în evaluarea rezultatelor unei intervenții ce vizează dezvoltarea rezilienței. Într-adevăr, într-o altă cercetare, *CD-RISC* s-a dovedit a fi utilă în evaluarea răspunsului la fluoxetină (Prozac) și la alte strategii terapeutice utilizate cu pacienții diagnosticați cu TSPT (Davidson, Payne, Connor, Foa, Rothbaum, Hertzberg și Weisler, 2005).

Pentru a-i facilita administrarea, au fost propuse două noi variante ale *CD-RISC*. Plecând de la constatarea că analiza factorială exploratorie a *CD-RISC* era instabilă, Campbell-Sills și Stein (2007) au elaborat o versiune cu 10 itemi a acestei scale. Corelația scorurilor obținute la această variantă cu cele obținute la *CD-RISC* este ridicată (0,92), iar această nouă variantă cu 10 itemi permite deosebirea persoanelor care funcționează bine după ce au fost victime ale maltratării pe parcursul copilăriei de cele care prezintă tulburări.

O variantă cu doi itemi a *CD-RISC* (*CD-RISC2*) a fost propusă de Vaishnavi, Connor și Davidson (2007). Pentru acești autori, cei doi itemi reținuți sunt acela care se apropie cel mai mult de însăși esența conceptului de reziliență: „capabil de a se adapta schimbării" (care corespunde itemului nr. 1 al *CD-RISC*) și „tinde să se recupereze repede după boală sau încercări" (enunț care corespunde itemului 8 al *CD-RISC*). Corelația scorurilor la scalele *CD-RISC* și *CD-RISC2* este semnificativă ($r = 0,78$; $\rho \leq 0,001$). La fel ca pentru scala cu 25 de itemi, fidelitatea test–retest, validitatea convergentă și validitatea divergentă a *CD-RISC2* sunt bune. Conform Vaishnavi *et al.*, scala cu doi itemi ar putea fi foarte utilă în depistarea persoanelor susceptibile să dezvolte tulburări psihiatrice și în cadrul testelor clinice ale substanțelor psihotrope.

Pentru a măsura efectele venlafaxinei ER administrate pacienților cu TSPT în cadrul unui studiu clinic, Davidson, Baldwin, Stein, Pedersen, Ahmed, Musgnung, Benattia și Rothbaum (2008) au utilizat cele trei variante ale scalei lui Connor și Davidson. Mărimea efectului calculat variază foarte puțin [0,32 (pentru *CD-RISC2*), 0,34 (pentru scala cu zece itemi) și 0,35 (în cazul scalei complete de 25 de itemi)], ceea ce pare să demonstreze că scalele cu număr redus de itemi sunt sensibile la efectele venlafaxinei ER.

Mai multe cercetări arată că structura factorială a *CD-RISC* variază în funcție de contextul cultural și de populația studiată. Astfel, Yu și Zhang (2007) au constatat că structura factorială a versiunii chineze a *CD-RISC* este diferită de aceea evidențiată de Connor și Davidson în Statele Unite. Cei trei factori descoperiți de ei — tenacitate, forță și optimism — ar constitui triada corespunzătoare conceptului de reziliență în cultura chineză.

Într-o cercetare realizată asupra a 701 adolescenți sud-africani, Jørgensen și Seedat (2008) evidențiază și ei o structură factorială a *CD-RISC* diferită de aceea descrisă de Connor și Davidson. Ea conține următorii trei factori: *tenacitate* (reflectând competența personală și sentimentul de control), *adaptare* (implicând perseverența în fața încercărilor, acceptarea pozitivă a schimbării și tolerarea afectului negativ) și *spiritualitate*.

După ce a administrat scala *CD-RISC* unui număr de 323 de studenți ai Universității Ispahan (Iran), Khoshouei (2009) evidențiază o structură factorială cu patru factori: motivație pentru autorealizare, încredere în sine, tenacitate și adaptabilitate. Tot patru factori, însă diferiți de aceștia, rezultă, de asemenea, din administrarea *CD-RISC* la 1 395 de femei în vârstă de cel puțin 60 de ani, locuind în propria casă (Lamond, Depp, Allison, Langer, Reichstadt, Moore, Golshan, Ganiats și Jeste, 2009). Este vorba de focalizarea pe un scop, tenacitate și autocontrol (factorul 1), de toleranță față de afectele negative și adaptabilitate (factorul 2), de leadership și de faptul de a acționa urmându-și propriile intuiții (factorul 3) și de orientare spirituală (factorul 4).

Pe parcursul ultimilor ani, *CD-RISC* a fost administrată (în forma sa originală, cu 25 de itemi, sau ca variantă) unor populații foarte diferite, formate din:

- infirmiere care lucrează într-o sală de intervenții chirurgicale (Gillespie, Chaboyer, Wallis și Grimbeek, 2007);
- persoane care au avut tentative suicidare (Roy, Sarchiapone și Carli, 2007);
- persoane anxioase sau depresive (Dodding, Nasel, Murphy și Howell, 2008);
- deținuți toxicomani (Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini și Roy, 2008);
- veterani (Pietrzak, Dougles, Goldstein, Malley, Rivers, Morgan și Southwick, 2010);
- femei confruntate cu problema infertilității (Sexton, Byrd, von Kluge, 2010) și
- supraviețuitori ai cutremurelor din Turcia (Karaîrmak, 2010) și din China (Wang, Shi, Zhang și Zhang, 2010).

Profilul atitudinilor și abilităților asociate rezilienței, realizat de Hurtes și Allen

Un alt exemplu de instrument elaborat ținând cont de caracteristicile persoanelor reziliente descrise în publicațiile disponibile este *RASP*[1], *Profilul atitudinilor și abilităților asociate rezilienței*, construit de Hurtes și Allen (2001). Elaborarea acestui instrument se bazează pe munca depusă de Wolin și Wolin

[1] Abreviere a *Resiliency Attitudes and Skills Profile*.

(1993), avându-şi originile în consilierea familială. Pornind de la analize calitative, aceşti doi autori au identificat cele şapte dimensiuni care decurg din reziliență: insightul[1], independența, creativitatea, umorul, inițiativa, calitatea relațiilor cu alții şi orientarea valorilor[2]. Aşa cum sugerează aceste dimensiuni, perspectiva adoptată de Wolin şi Wolin se focalizează asupra forței individului, mai degrabă decât asupra riscurilor întâlnite sau asupra nevoilor indivizilor. Pornind de la dimensiunile descrise de Wolin şi Wolin, Hurtes şi Allen au elaborat 65 de itemi (între 7 şi 11 pentru fiecare dimensiune).

RASP a fost conceput pentru a evalua reziliența tinerilor în centrele de recreere şi în cadrul altor servicii sociale. A fost administrat în două locuri:

- *în primul loc* (situat într-o zonă metropolitană din sudul Statelor Unite, unde era oferit un program recreativ de vară), a fost administrat unui număr de 274 de tineri cu vârste cuprinse între 12 şi 19 ani (dintre care 58% de sex masculin, 48% afro-americani şi 37% de descendență haitiană);
- *în al doilea loc* (format dintr-o serie de tabere terapeutice situate într-un mediu sălbatic, în sud-estul Statelor Unite), a fost administrat unui număr de 190 de tineri cu vârste cuprinse între 12 şi 17 ani (dintre care 88% de sex masculin, 71% caucazieni/non-hispanici şi 23% afro-americani). Pentru a fi admişi în aceste tabere, tinerii trebuiau să îndeplinească următoarele criterii: (a) să prezinte un diagnostic care figurează pe axele I sau II ale DSM-IV; (b) să dispună de o inteligență funcțională, cu un IQ de cel puțin 75; (c) să-şi dovedească abilitatea de a obține beneficii din relațiile cu cei de-o seamă/cu adulții; (d) să dispună de capacitatea de a înțelege relațiile cauză-efect; (e) să prezinte probleme comportamentale de o asemenea intensitate, încât să nu poată rămâne la domiciliu în lipsa implementării unei intervenții semnificative.

După administrarea *RASP*, Hurtes şi Allen au eliminat 31 de itemi şi au ajuns la forma finală a instrumentului lor, alcătuit deci din 34 de itemi repartizați în funcție de dimensiunile luate în considerare la început. Astfel:

---

[1] Definit aici ca abilitate de „a citi" şi de „a interpreta" situațiile, persoanele şi nuanțele subtile ale comunicării verbale şi nonverbale.

[2] Orientarea valorilor nu se opreşte la cunoaşterea elementară a binelui şi a răului, incluzând dorința de a duce o viață bună şi productivă. Indivizii reziliențI îşi evaluează lumea şi iau singuri decizii, mai curând decât să accepte regulile altcuiva. Ei pot identifica acțiunea adecvată, comportamentul moral şi au curajul de a-şi apăra convingerile. Persoanele reziliente se interesează de ceilalți, acordând ajutor celor care au nevoie.

- pentru dimensiunea *insight* au fost reținuți șapte itemi, printre care:
  — „Remarc schimbările ușoare ale expresiei faciale" (itemul 5);
  — „Îmi pot schimba comportamentul, astfel încât să fie adaptat situației" (itemul 10).

- pentru dimensiunea *independență* au fost reținuți cinci itemi, ca de exemplu:
  — „Când nu vreau să fac un lucru, spun „nu»" (itemul 9);
  — „Nu-mi pasă dacă anumite persoane nu mă iubesc" (itemul 19).

- pentru dimensiunea *creativitate* au fost reținuți patru itemi, printre care:
  — „Îmi pot imagina consecințele acțiunilor mele" (itemul 6);
  — „Atunci când mă găsesc în fața unei situații dificile, găsesc noi modalități pentru a o controla" (itemul 22).

- pentru dimensiunea *umor* au fost reținuți trei itemi, precum:
  — „Datorită simțului umorului, gestionez mai ușor situațiile dificile" (itemul 11);
  — „Râsul mă ajută să fac față stresului" (itemul 33).

- pentru dimensiunea *inițiativă* au fost reținuți trei itemi, precum:
  — „Dacă îmi este criticată munca, data viitoare fac eforturi suplimentare" (itemul 1);
  — „Îmi pot schimba mediul" (itemul 13).

- pentru dimensiunea *relații* au fost reținuți șase itemi, printre care figurează:
  — „Familia mea se află acolo atunci când am nevoie de ea" (itemul 14);
  — „Îmi aleg prietenii cu atenție" (itemul 24).

- pentru dimensiunea *orientare în privința valorilor* au fost reținuți șase itemi, printre care:
  — „Iau cu ușurință decizii" (itemul 20);
  — „Susțin tot ceea ce cred că este bine" (itemul 29).

Rezultatele obținute pe parcursul administrării *RASP* arată că cele șapte dimensiuni corelează semnificativ cu conceptul global de reziliență. Totodată, în cadrul a două perechi de dimensiuni — insightul și relațiile și, respectiv, creativitatea și umorul — există o legătură mai puternică decât între celelalte dimensiuni. Corelația între insight și relații este negativă, situație de înțeles

având în vedere populația studiată: acești tineri și-au ascuțit abilitatea de „a citi" oamenii și, drept rezultat, încrederea în ceilalți s-a transformat în cinism.

În urma calculării consistenței interne a *RASP*, luată global, se obține un coeficient alfa de 0,91, ceea ce indică o consistență internă puternică. Coeficienții alfa pentru cele șapte subscale sunt relativ mai slabi, având valori între 0,49 pentru umor și 0,71 pentru relații. Aceste valori mai coborâte se pot datora faptului că fiecare dintre cele șapte dimensiuni este multidimensională. De exemplu, independența reprezintă abilitatea de a se separa de indivizii care pot exercita o influență negativă, abilitatea de a spune „nu" în loc de a fi, pur și simplu, evaziv și o viziune pozitivă în ceea ce privește viitorul.

Stabilitatea rezultatelor la *RASP* (fidelitatea test–retest) este puternică (0,94; $\varrho \leq 0{,}001$). Validitatea convergentă a *RASP* a fost verificată utilizându-se o variantă modificată a *Inventarului de sănătate psihică* (*Mental Health Inventory* sau *MHI*), format din două subscale: stare psihologică de bine și suferință psihologică. Corelațiile rezultatelor la *RASP* cu aceste două subscale au fost semnificative ($\varrho \leq 0{,}001$) și merg în direcția așteptată: pozitivă (0,47) cu subscala stării psihologice de bine și negativă (–0,22) cu aceea a suferinței.

Din punct de vedere teoretic, această cercetare susține existența rezilienței ca un construct unic, particular. Corelația semnificativă dar moderată cu subscala stare „psihologică de bine" sugerează că, deși corelate, starea psihologică de bine și reziliența nu reprezintă unul și același concept. În același timp, cercetarea întreprinsă de Hurtes și Allen susține multidimensionalitatea conceptului de reziliență și poate conține cele șapte dimensiuni specificate în lucrările realizate de Wolin și Wolin. În cele din urmă, din punct de vedere practic, sugerează complexitatea evaluării unui concept cu atâtea fațete.

Scala de reziliență a adolescentului, elaborată de echipa lui Oshio

După ce au trecut în revistă o serie de studii referitoare la reziliență și la „trăsăturile psihologice interne", Oshio, Kaneko, Nagamine și Nakaya (2003) au elaborat o *Scală de reziliență a adolescentului* destinată să evalueze, în Japonia, „trăsăturile psihologice ale indivizilor rezilienți". Scala lui Oshio *et al.* conține 21 de itemi care corespund unui număr de trei factori: căutarea noutății, reglare emoțională și orientare pozitivă în ceea ce privește viitorul. Trei exemple permit ilustrarea felului în care diferiții itemi se subordonează factorilor menționați:

– „Îmi plac lucrurile noi sau care stârnesc curiozitatea"
– „Cred că îmi pot controla emoţiile" şi
– „Consider că am un viitor promiţător".

Coeficienţii alfa pentru scorul total (0,85) şi pentru cele trei subscale care corespund factorilor evidenţiaţi (0,79, 0,77 şi 0,81) sunt buni.

Scala elaborată de Oshio *et al.* a fost administrată unei populaţii de 207 studenţi japonezi (104 bărbaţi şi 103 femei, cu o vârstă medie de 20,2 ani). Scorurile obţinute au permis diferenţierea studenţilor bine adaptaţi (sănătoşi psihic şi care au trăit puţine evenimente de viaţă negative) şi a studenţilor rezilienţi (sănătoşi, în ciuda faptului de a fi trăit numeroase evenimente de viaţă negative) de studenţii „vulnerabili" (cu o sănătate psihică mediocră şi care au trăit numeroase evenimente de viaţă negative) (Oshio *et al.*, 2003). Acest rezultat susţine validitatea de construct a scalei lui Oshio *et al.*

Scala factorilor de rezilienţă la adolescenţi, elaborată de Takviriyanun

Această scală a fost elaborată de Takviriyanun (2008) pentru adolescenţii thailandezi, pornind de la rezultatele lui Grotberg (1995, 2003) şi pe baza publicaţiilor disponibile. Ca urmare a realizării unui proiect internaţional având drept subiecţi copii între 0 şi 11 ani din 30 de ţări (printre care şi Thailanda), Grotberg (1995) a constatat că micuţii rezilienţi necesită trei categorii (sau surse) de factori de rezilienţă: (a) EU AM (susţinere externă); (b) EU SUNT (forţe interne) şi (c) EU POT (abilităţi sociale şi interpersonale). Fiecare sursă comportă cinci factori. În 2003, Grotberg a identificat doi factori în plus în fiecare categorie şi a schimbat abilităţile categoriei EU POT în abilităţi interpersonale şi rezolvare de probleme.

Scala lui Takviriyanun are 25 de itemi, care corespund unui număr de şase factori: (a) hotărâre şi capacitate de rezolvare de probleme (şapte itemi); (b) susţinere personală (şase itemi); (c) alte tipuri de susţinere (trei itemi); (d) gândire pozitivă (patru itemi); (e) afirmare de sine (doi itemi); (f) echilibrul Eului şi abilităţi sociale (trei itemi). Scala are o bună fidelitate internă (alfa = 0,88). Totodată, validitatea de conţinut, validitatea stabilită prin metoda grupelor contrastante şi validitatea predictivă sunt bune.

Instrumente elaborate pornind de la cercetările asupra factorilor de protecție: lucrările realizate în Norvegia

Studiile cercetătorilor norvegieni de la Universitatea din Tromsø și de la Universitatea Norvegiană de Știință și Tehnologie din Trodheim pornesc de la cercetări longitudinale asupra procesului de reziliență întreprinse de-a lungul a trei decenii. Aceste cercetări (Werner, 1989, 1993; Rutter, 1990; Garmezy, 1993) au scos în evidență trei categorii de factori de protecție:

a) trăsăturile pozitive și resursele individului;
b) un mediu familial coerent, stabil și susținător;
c) o rețea socială care susține și întărește eforturile adaptative ale persoanei.

Hjemdal, Friborg, Martinussen și Rosenvinge (2001) au elaborat un instrument — *Scala de reziliență pentru adulți* (*RSA*[1]) — destinată evaluării rezilienței, luând în considerare cele trei categorii de factori de protecție menționate. Această primă variantă a *RSA* (2001) conținea 45 de itemi ce acopereau cinci dimensiuni: competență personală, competență socială, susținere socială, coerență familială și structură personală. Din 2001, *RSA* a suferit mai multe modificări și i-au fost consacrate diferite publicații.

Astfel, la doi ani după apariția primei variante, a fost elaborată o variantă cu 37 de itemi (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge și Martinussen, 2003). Acești itemi sunt repartizați astfel în cele cinci dimensiuni ale *RSA*: competență personală (10), competență socială (7), coerență familială (7), susținere socială (8) și structură personală (5). Trei dintre aceste dimensiuni — competențe personale, competențe sociale și structură personală — corespund primei categorii de factori de protecție luați în considerare pe parcursul elaborării *RSA*: trăsăturile pozitive și resursele individului, categorie desemnată, de asemenea, în Friborg *et al.* sub numele de atribute sau predispoziții.

Într-o manieră mai specifică, prin *competență personală* autorii citați înțeleg stimă de sine, autoeficiență, judecată afectivă despre propria persoană, speranță, hotărâre și orientare realistă în raport cu propria viață. În cazul *competenței sociale*, sunt luate în considerare extraversia, abilitatea socială, buna-dispoziție, capacitatea de a iniția activități, competența în domeniul comunicării și flexibilitatea în raport cu problemele de ordin social. *Structura personală* se referă la capacitatea de a menține rutinele cotidiene, de a planifica și de a organiza.

---

[1] *Resilience Scale for Adults.*

A doua categorie de factori de protecţie — aceea care se referă la un mediu familial coerent, stabil şi susţinător — corespunde dimensiunii *coerenţă familială* a *RSA* şi, mai specific, cooperării, susţinerii familiale, loialităţii şi stabilităţii în faţa conflictelor.

A treia categorie de factori de protecţie — aceea a *reţelei sociale* sau a sistemelor exterioare de susţinere — corespunde dimensiunii *susţinere socială* a *RSA*. Prin intermediul acestei dimensiuni este evaluat accesul la susţinerea exterioară venită din partea prietenilor şi rudelor, intimitatea şi capacitatea persoanei de a oferi susţinere.

Dimensiunile evaluate cu varianta *RSA* cu 37 de itemi au coeficienţi alfa Cronbach care variază între 0,67 şi 0,90. Corelaţiile test–retest, calculate la un interval de patru luni, variază între 0,69 şi 0,84. Validitatea de construct a fost stabilită prin obţinerea corelaţiilor pozitive cu *Scala sentimentului de coerenţă* a lui Antonovsky şi, respectiv, corelaţiilor negative cu *Lista Hopkins de bifare a simptomelor*. În Friborg *et al.* se menţionează, de asemenea, că scorurile *RSA* diferenţiază pacienţii (N = 59) ale căror cele mai frecvente diagnostice sunt tulburările depresive (N = 24) şi SSPT (N = 14), de subiecţii din grupul de control, fără diagnostic psihiatric (N = 183).

În cadrul unei cercetări ulterioare (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge şi Hjemdal, 2005), *RSA* este prezentată sub forma unui diferenţial semantic, itemii trebuind să fie evaluaţi pe o scală cu cinci puncte. Fiecare item este prezentat cu un atribut pozitiv şi, respectiv, negativ, la extremele continuumului scalei. De exemplu, itemul „Proiectele mele de viitor sunt..." trebuie să fie evaluat pe o scală cu cinci puncte, mergând de la „dificil de realizat" la „realizabile".

În 2005, *RSA* a fost administrată unui număr de 482 de candidaţi la admiterea într-o şcoală militară (403 bărbaţi şi 47 femei, cu vârsta medie de 24 de ani). Pe lângă *RSA*, au mai fost administrate: varianta militară norvegiană a *5–PF*[1] (instrument de evaluare a personalităţii), *Scala de inteligenţă socială Tromsø* şi mai multe instrumente de evaluare a abilităţilor cognitive (*Matricile Raven*, subtestele de înţelegere a cuvintelor ale *WAIS*, seriile de numere şi un instrument de evaluare a cunoştinţelor şi a competenţelor matematice.)

Cercetarea publicată în anul 2005 prezintă rezultatele unei analize factoriale realizate aici pentru prima oară asupra *RSA*. Această analiză a validat modelul cu cinci factori, definiţi în această publicaţie ca: forţă personală,

[1] Cei cinci factori evaluaţi cu *5–PF* sunt: nevrotismul, extraversia, deschiderea, caracterul agreabil şi conştiinciozitatea.

competență socială, stil structurat, coeziune familială și resurse sociale. Datele obținute arată că factorul forță personală reunește, de fapt, doi factori: percepția de sine și percepția asupra viitorului.

Studiul corelațiilor între variabilele evaluate în cadrul acestei cercetări scoate în evidență legături deosebit de puternice între factorii de protecție care favorizează reziliența și anumiți factori de personalitate. Astfel, pot fi observate următoarele relații:

— între cei doi factori constituenți ai forței personale (percepția de sine și percepția asupra viitorului) și stabilitatea emoțională;
— între, pe de o parte, abilitățile sociale și, pe de altă parte, extraversia și caracterul agreabil al subiecților;
— între stilul structurat și conștiinciozitate.

Studiul publicat în 2005 scoate în evidență, de asemenea, unele relații între competența socială (factor evaluat cu *RSA*) și abilitățile sociale (precum cele măsurate cu *Scala de inteligență socială Tromsø*). Menționăm, în cele din urmă, absența vreunei relații între factorii *RSA* și abilitățile cognitive.

Într-o altă cercetare, Friborg, Martinussen și Rosenvinge (2006) compară două modalități de notare a itemilor *RSA* (prezentată aici sub forma unei scale cu 37 de itemi administrate unui număr de 344 de studenți): forma Likert, cu o scală în șapte trepte (scorurile cele mai ridicate indicând un nivel mai ridicat al rezilienței) și versiunea diferențial semantică. Concluzia la care ajung Friborg *et al.* este aceea că formatul diferențial semantic reduce propensiunea spre dezirabilitate socială, fără a diminua calitatea psihometrică a *RSA*.

Valoarea predictivă a *RSA* a fost confirmată (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen, Aslaksen și Flaten, 2006) într-un studiu realizat asupra a 80 de subiecți, care a arătat că persoanele care au obținut scoruri mai ridicate la *RSA* (aici, varianta cu 33 de itemi) declarau că resimt mai puțină durere și mai puțin stres pe parcursul unui experiment în care durerea și stresul creșteau de-a lungul întregii ședințe.

Pornind de la itemii *RSA*, Hjemdal, Friborg, Stiles, Martinussen și Rosenvinge (2006) au elaborat o *Scală de reziliență pentru adolescenți* (*READ*[1]). Aceasta a fost administrată unui număr de 421 de subiecți (182 de băieți 233 de fete[2]), cu vârste cuprinse între 13 și 28 de ani. Prelucrările statistice duc

---

[1] *Resilience Scale for Adolescents.*
[2] Șase subiecți nu și-au precizat sexul.

la o scală formată din 28 de itemi, care se repartizează după cum urmează, în funcție de cei cinci factori (identici cu factorii *RSA*): competență personală (8 itemi), competență socială (5 itemi), stil structurat (4), coeziune familială (6) și resurse sociale (5). Notarea se face pe o scală Likert cu cinci trepte. Coeficientul alfa al întregii scale este de 0,94, iar cele ale subscalelor variază de la 0,69 până la 0,85.

Valoarea predictivă a *READ* a fost verificată pe o populație de 387 de adolescenți (Hjemdal, Aune, Reinfjell, Stiles și Friborg, 2007). Rezultatele indică faptul că *READ* evaluează factori de protecție importanți, astfel încât subiecții cu scoruri mai ridicate la această scală prezintă mai puține simptome depresive (precum cele evaluate cu *Short Mood and Feeling Questionnaire*), chiar și atunci când factorii de risc sunt controlați cumulând evenimentele de viață stresante trăite de subiecții respectivi.

Validitatea transculturală a *RSA* a fost verificată odată cu administrarea acestei scale unui grup de 373 de studenți iranieni de la Universitatea din Shiraz (Jowkar, Friborg și Hjemdal, 2010). O analiză factorială de confirmare a verificat structura cu cinci factori evidențiată în Norvegia. Fidelitatea subscalelor *RSA*, ca și aceea a scalei globale, este bună. Validitatea convergentă se sprijină pe corelațiile pozitive cu scorurile obținute la varianta persană a scalei *CD-RISC*.

Un instrument proiectiv de evaluare a rezilienței

Pornind de la neajunsurile cunoscute ale instrumentelor de tip chestionar, Strümpfer (2001) propune o metodă de tip proiectiv pentru evaluarea rezilienței. Este vorba de un *Exercițiu de reziliență* (*Strümpfer Resilience Exercise* sau *SRE*) și de o *Schemă de cotare* a răspunsurilor la acest exercițiu (*Strümpfer Scoring Scheme for Resilience* sau *SSSR*).

Exercițiul de reziliență nu este prezentat ca un test, tocmai pentru a crea o atmosferă în care persoana evaluată să fie mai degrabă un participant, decât un subiect. Aceasta permite reducerea rezistențelor și a anxietății. Exercițiul a fost administrat unei populații formate din 152 de adulți (din care 73 de femei), cu o vârstă medie de 34,28 ani (DS = 9,15).

Exercițiul este format din șase fraze care descriu diferite situații dificile în care subiectul este confruntat cu adversitatea. Exercițiul este disponibil în două forme, A și B, care, potrivit lui Strümpfer, nu pot fi considerate echivalente. Să observăm, de asemenea, că în ediția din 2001 nu ne sunt prezentați decât itemii formei A. Itemii acestei forme sunt:

— Ron/Rose tocmai a fost concediat/ă;
— Paula/Paul a terminat o chimioterapie pentru cancer;
— Joseph/Josephine a efectuat şapte din cei zece ani ai pedepsei sale;
— Marion/Martin şi-a pierdut singurul copil, în vârstă de 16 ani;
— Al/Alice are o problemă financiară gravă;
— Carol/Charles avea 13 ani când şi-a pierdut ambii părinţi.

După fiecare frază, sunt puse trei întrebări[1]. Persoana evaluată dispune de câte un minut şi jumătate pentru a răspunde la fiecare întrebare. Această limită de timp a fost introdusă pentru a permite administrarea în grup a exerciţiului şi egalizarea duratei protocoalelor. Timpul total de administrare este de 45 de minute. Întrebările puse după fiecare frază sunt:

— Ce simte şi ce gândeşte persoana? Ce vrea ea?
— Ce se va întâmpla? Care va fi deznodământul?
— Reflectând mai târziu, ce ar putea gândi persoana despre cele petrecute? Ce semnificaţie va avea pentru ea experienţa avută?

Persoanele evaluate răspund la aceste întrebări scriind istorisiri proiective. *Schema de cotare (SSSR)* se bazează pe un model de rezilienţă propus de Strümpfer, care ia în calcul componentele interdependente ale procesului. Conform acestui model:

— procesul de rezilienţă începe atunci când persoana evaluează o situaţie drept provocare, ameninţare sau adversitate;
— apare atunci motivaţia persoanei de a deveni rezilientă;
— persoana defineşte, în continuare, scopul (sau scopurile) acţiunii sau acţiunilor pe care are intenţia de a le întreprinde în legătură cu situaţia pe care o traversează;
— persoana trece la acţiunea (sau acţiunile) aleasă (alese) pentru a-şi atinge scopul (sau scopurile);
— rezultatele obţinute ca urmare a acţiunii (acţiunilor) întreprinse sunt constituite de sentimente pozitive şi de două elemente de creştere personală — ameliorarea resurselor personale şi a capacităţilor de adaptare, ca şi ameliorarea adaptării interpersonale.

---

[1] Cercetarea pentru construirea *SRE* a avut la început patru întrebări.

Atunci când *SSSR* este utilizată împreună cu *SRE*, nu se ia în calcul componenta evaluare a acestui proces, întrucât toți itemii descriu situații de adversitate. Motivația de a fi rezilient a fost inclusă în scopurile fixate, deoarece aceste două componente erau dificil de deosebit în notarea răspunsurilor la întrebările puse pentru fiecare item al *SRE*. Categoriile notate în cele din urmă sunt:

1. reziliența ca scop,
2. comportamentul rezilient,
3. capacitatea de înțelegere,
4. resursele care se află sub controlul persoanei,
5. resursele care se află sub controlul altora,
6. semnificația,
7. speranța de a reuși,
8. căutarea susținerii sociale,
9. primirea susținerii sociale,
10. sentimentele pozitive,
11. resursele personale ameliorate și
12. adaptarea interpersonală ameliorată.

Categoriile 3, 4, 5 și 6 se bazează pe constructul „sentiment de coerență", elaborat de Antonovski (1987). În *Manualul de cotare* al *SRE* sunt numeroase exemple care arată ce trebuie cotat pentru fiecare categorie. Strümpfer explică, de asemenea, cum ar putea fi realizată o eventuală cuantificare a rezultatelor obținute.

O perspectivă ecologică: lucrările echipei lui Harvey

Potrivit lui Mary Harvey (1996), impactul traumei este foarte individualizat. Diferențele individuale în restabilirea după traumă și reziliență se exprimă prin intermediul a opt domenii interrelaționate. Pentru aceste domenii, Harvey descrie următoarele criterii de restabilire:

— În ceea ce privește *controlul amintirilor*, restabilirea apare în momentul în care supraviețuitorul traumei este capabil să aleagă dacă să-și amintească sau nu experiențele care altădată se sustrăgeau unei evaluări semnificative și/sau intrau în conștiință fără să fi fost invitate;

- *Integrarea amintirilor şi afectelor* face referire la abilitatea supravieţuitorului de a fi sensibil faţă de ceea ce îşi aminteşte (adică de a resimţi în prezent anumite afecte care fuseseră prezente în experienţa originară) şi de a trăi noi sentimente izvorâte nu numai din amintirea trecutului, ci şi din reflecţiile asupra lui;
- Criteriul *toleranţă faţă de afecte şi reglarea acestora* face referire la gama de sentimente pe care supravieţuitorii sunt capabili să le trăiască şi la măsura în care ei pot suporta şi gestiona sentimentele dificile. Semnul restabilirii după o traumă, ca şi scopul principal al tratamentului centrat asupra traumei este ca supravieţuitorul să aibă acces la o gamă largă de sentimente şi să fie capabil să le trăiască de-a lungul unei cuprinzătoare palete de intensităţi tolerabile;
- *Controlul simptomelor* se referă la gradul în care supravieţuitorii pot anticipa, conţine sau preveni perturbarea cognitivă şi emoţională care rezultă din activarea posttraumatică. Existenţa acestui criteriu este o recunoaştere implicită a faptului că anumite simptome ale tulburării de stres posttraumatic (TSPT) vor persista. Restabilirea se referă nu numai la dispariţia simptomelor, ci şi la acea abilitate a supravieţuitorului de a anticipa, a gestiona şi a face faţă simptomelor care nu vor dispărea;
- *Stima de sine* face referire la atenţia faţă de propria persoană (adică la faptul de a se considera demn de a primi ajutor) şi la capacitatea de a răspunde propriilor nevoi (adică expresia comportamentală a atenţiei faţă de sine a persoanei). Faptul că supravieţuitorul capătă un sentiment pozitiv de demnitate, ocupându-se în mod sănătos de sine, şi că are o imagine de sine veridică reprezintă atât semne de restabilire, cât şi scopul tratamentului;
- *Coeziunea de sine* face referire la măsura în care supravieţuitorii îşi trăiesc gândurile, sentimentele şi acţiunile drept integrate sau fragmentate. Restabilirea este evidentă atunci când un pacient foarte disociat înainte dobândeşte înţelegerea strategiilor adaptative disociative complexe care urmează expunerii la violenţă şi ajunge să le controleze. Restabilirea mai este evidentă şi atunci când un supravieţuitor a cărui viaţă, odinioară organizată în jurul secretului şi a compartimentării, ia o formă unitară, integrată;
- *Ataşamentul sigur* se referă la abilitatea unui supravieţuitor de a dezvolta sentimente de încredere şi de siguranţă în relaţiile cu ceilalţi şi legături durabile cu aceste persoane. Restabilirea după trauma generată de violenţa interpersonală se exprimă prin prezenţa unei capacităţi noi sau

reînnoite de formare a ataşamentului sigur, ca şi prin abilitatea supravieţuitorului de a negocia şi de a-şi asigura propria siguranţă în context relaţional;

— Criteriul *„a avea sens"* se referă la procesul prin care supravieţuitorul luptă pentru a înţelege şi „a metaboliza" impactul şi moştenirea unui trecut traumatizant. Restabilirea nu constă în îndulcirea sau lăsarea de o parte a trecutului, ci, mai degrabă, în căutarea susţinută a înţelegerii, a speranţei, a optimismului în relaţia cu propria persoană, cu ceilalţi şi cu lumea.

Harvey subliniază faptul că fiecare dintre aceste criterii reprezintă, de fapt, un sector specific al funcţionării psihologice. În funcţie de resursele interne şi externe de care dispune individul, de condiţiile ecologice ale expunerii la traumă şi de evoluţia lor pe parcursul perioadei posttraumatice, fiecare dintre aceste domenii poate fi sau nu afectat. Harvey deosebeşte conceptul de reziliență de acela de restabilire. Putem vorbi despre reziliență atunci când un domeniu rămâne neschimbat de traumă, iar individul afectat este capabil să-şi mobilizeze forţele într-un domeniu, pentru a stabiliza un altul. Restabilirea este vizibilă de fiecare dată când, indiferent de domeniu, se obţine transformarea unui rezultat negativ (sau a unei evoluţii negative) spre un rezultat dorit. Contextul ecologic permite, de asemenea, o definiţie cu multiple faţete a restabilirii după traumă.

Pornind de la analiza modalităţilor de evaluare a efectelor traumei, Harvey constată o serie de insuficienţe ale instrumentelor existente: acestea se focalizează asupra unui singur domeniu al funcţionării psihologice, asupra consecinţelor simptomatice ale traumei, evaluează reziliența şi restabilirea indirect (adică prin absenţa sau diminuarea simptomelor). Absenţa instrumentelor capabile de o evaluare multidimensională este cu precădere evidentă pe parcursul evaluării rezultatelor unei terapii.

După cum remarcă Harvey, trauma are o diversitate de efecte care nu se exprimă toate prin simptome. Diferenţele între supravieţuitorul care „a recuperat" şi supravieţuitorul „asimptomatic" pot fi profunde. O adultă, supravieţuitoare a abuzului sexual pe parcursul copilăriei, poate, de exemplu, să evite simptomele de anxietate evitând relaţiile intime. Cu un instrument autoadministrat destinat evaluării simptomatologiei, ea poate părea asimptomatică dar, de fapt, rezultatul său este foarte diferit de al cuiva care „a depăşit" trauma şi este capabil să obţină plăcere în relaţii apropiate cu ceilalţi.

Pornind de la criticile referitoare la instrumentele existente, Harvey, Liang, Harney, Koenen, Tummala-Narra şi Lebowitz (2003) au elaborat o *Scală multidimensională de evaluare a restabilirii şi a rezilienţei după o traumă* (*Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Scale* sau *MTRR*), care este un chestionar cu 135 de itemi evaluaţi de un observator pe o scală de tip Likert.

În plus, Harvey *et al.* (2003) au elaborat un interviu de cercetare clinică semistructurat (*Multimensional Trauma Recovery and Resiliency Interview* sau *MTRR-I*), care poate fi utilizat singur sau ca instrument adiţional al *MTRR*. Poate fi utilizat pentru a evalua impactul traumatismului, ca şi restabilirea şi rezilienţa ulterioare unui traumatism. Informaţia culeasă face referire la cele opt domenii descrise de Harvey. Clinicianul solicită respondentului să vorbească relativ liber, povestind despre istoria traumei sale, dar fără a se limita la aceasta. I se cere să-şi descrie familia, relaţiile sale actuale familiale şi sociale şi viaţa profesională. Respondentul este încurajat să-şi descrie simptomele posttraumatice şi capacitatea de a gestiona aceste simptome, precum şi gândurile şi sentimentele care îl privesc şi care-i privesc pe ceilalţi. De asemenea, clinicianul întreabă respondentul ce anume l-a ajutat să facă faţă şi să se schimbe de-a lungul timpului şi care sunt sentimentele sale legate de viitor.

În lucrarea lor din 2003, Harvey *et al.* oferă două exemple de itemi pentru fiecare din cele opt domenii prezentate mai sus. Aceste exemple conţin manifestări clinice ale traumei şi indicatori ai restabilirii sau ai rezilienţei.

Domeniul 1

— „Gânduri, amintiri sau imagini indezirabile pătrund în conştiinţă" (itemul 45).
— „Este capabil să funcţioneze într-o manieră adaptată după ce şi-a amintit evenimente dureroase, inclusiv traumatizante" (itemul 56).

Domeniul 2

— „Amintindu-şi evenimente dureroase (inclusiv traumatizante), ea/el poate retrăi sentimentele avute în acel moment" (itemul 9).
— „Poate reflecta la evenimentele dureroase (inclusiv traumatizante), manifestând sentimente diverse şi adecvate" (itemul 100).

Domeniul 3

— „Tinde să fie paralizat din punct de vedere emoţional" (itemul 24).
— „Tinde să menţină o viziune realistă asupra situaţiilor, chiar şi atunci când emoţiile sunt puternice" (itemul 99).

Domeniul 4

— „Este uşor de înspăimântat" (itemul 10).
— „Practică şi utilizează eficient una sau mai multe tehnici de gestionare a stresului (de exemplu, relaxarea, meditaţia)" (itemul 112).

Domeniul 5

— „Simte că merită să fie îngrijit şi ocrotit de ceilalţi" (itemul 33)
— „Are pulsiuni automutilante precum aceea de a se tăia, de a se arde (fie că trece sau nu la act)" (itemul 41).

Domeniul 6

— „Trăieşte stări disociative (de exemplu, are senzaţia că îşi părăseşte corpul sau că propriile sentimentele nu îi aparţin)" (itemul 49).
— „Se simte o persoană întreagă, ale cărei acţiuni şi emoţii se completează reciproc într-o manieră coerentă" (itemul 79).

Domeniul 7

— „Este capabil să iniţieze şi să menţină relaţii sigure şi reciproc satisfăcătoare, cu parteneri apropiaţi" (itemul 26).
— „Are o sensibilitate aparte pentru (sau este preocupat de) problemele de putere şi control în cadrul relaţiilor" (itemul 127).

Domeniul 8

— „Îşi atribuie fără motiv responsabilitatea pentru experienţele dureroase sau traumatizante ale trecutului" (itemul 20).
— „Este capabil să se simtă în mod real încrezător şi optimist în ceea ce priveşte viitorul" (itemul 50).

Cotarea rezultatelor *MTRR* şi *MTRR-I* permite elaborarea unor profile multidimensionale ale supravieţuitorilor în diferite momente ulterioare traumei şi în diferite etape ale restabilirii, precum şi evaluarea stării pre şi posttratament.

O serie de patru cercetări prezentate în articolul publicat în 2003 a permis, în Harvey *et al.*, examinarea proprietăţilor psihometrice ale *MTRR*. Rezultatele obţinute indică o fidelitate bună interevaluatori atât pentru populaţia clinică, cât şi pentru populaţia supusă cercetării. Consistenţa internă a fost bună, iar instrumentul a permis diferenţierea semnificativă a pacienţilor pe care clinicienii îi încadrau în stadii diferite ale restabilirii.

MTRR a fost tradus în spaniolă şi a fost utilizat, în cadrul cercetării doctorale a lui Radan (2000), pe o populaţie de femei central-americane ce prezentau traume de război. O echipă din Santiago de Chile (Haz *et al.*, 2003) a utilizat o adaptare a *MTRR* asupra unui grup de 40 de mame abuzatoare cu un istoric de abuz fizic şi asupra unui grup de mame neabuzatoare. Între cele două grupuri existau diferenţe, potrivit datelor colectate pentru şase din cele opt domenii descrise de Harvey.

Evaluarea formelor specifice de rezilienţă

Rezilienţa familială

Acest tip de rezilienţă este definit în numeroase feluri. Conform lui McCubbin şi McCubbin (1988), rezilienţa familială face referire la caracteristicile familiilor care le permit acestora să reziste rupturilor generate de schimbare şi să se adapteze situaţiilor de criză. Încercând să integreze cunoştinţele despre rezilienţa individuală şi familială, Hawley şi De Haan (1996) consideră că noţiunea de rezilienţă familială descrie traseul unei familii care se adaptează şi progresează pe măsură ce face faţă stresului şi continuă să o facă, într-o manieră proprie şi care depinde de context, de factorii de dezvoltare aflaţi în joc, de modalitatea în care interacţionează factorii de risc şi de protecţie şi de concepţia despre viaţă pe care o împărtăşesc membrii familiei.

Din perspectiva deschisă de rezilienţă, evaluarea se focalizează cu precădere asupra capacităţilor, forţelor şi resurselor familiei. Interviurile clinice sunt esenţiale pentru a depista problemele familiale şi modalitatea în care sunt trăite. Interviul trebuie condus astfel încât să fie descoperite şi explorate forţele, interesele şi strategiile de coping specifice fiecărei familii. În acelaşi timp, au fost create numeroase instrumente. Printre acestea, menţionăm:

- *Scala resurselor familiale* (Dunst şi Leet, 1987);
- *Scala de abilitare* („empowerment") *familială* (Koren, DeChillo şi Frisen, 1992);
- *Scala de susţinere familială* (Dunst, Jenkins şi Trivette, 1984).

Modelul Rezilienţa ajustării şi adaptării[1] familiale la stres a stimulat elaborarea a 36 de instrumente de evaluare a familiei şi, totodată, a beneficiat de

[1] Diferenţa dintre ajustare şi adaptare este prezentată în nota 1 de la pagina 270 (capitolul VII).

crearea acestora, dezvoltându-se. Printre ele figurează *APGAR-ul*[1] *familial* al lui Smilkstein, *FACES*[2] al lui Olson, Portner și Bell și *Indexul stării de bine a membrilor familiei* al lui McCubbin și Patterson. În lucrarea lui McCubbin, Thompson și McCubbin (1996), sunt prezentate 19 instrumente menite să evalueze: (a) factorii de risc sau ansamblul lor (patru instrumente); (b) factorii de protecție[3] (șapte instrumente) și (c) factorii de restabilire[4] (opt instrumente).

Reziliența școlară

Pentru Wang, Haertal și Walberg (1994), această formă specifică de reziliență reprezintă probabilitatea ridicată de a reuși la școală și de a duce la bun sfârșit alte proiecte, în ciuda adversității mediului care rezultă din caracteristicile, condițiile și experiențele precoce. Un elev poate fi considerat rezilient dacă păstrează niveluri ridicate de motivație pentru a reuși și dacă are rezultate școlare bune, în ciuda faptului că, din cauza evenimentelor și condițiilor cu caracter stresant, este în pericol să obțină rezultate școlare proaste și, în cele din urmă, să abandoneze școala (Alva, 1991).

Pentru a evalua reziliența școlară, Martin și Marsh (2006) au formulat șase itemi care se referă la capacitățile elevilor de a face față într-un mod eficient eșecurilor, încercărilor, adversității și presiunii în cadrul școlar. Cu titlu de exemplu, reproducem doi dintre acești itemi:

— „Cred că mă descurc bine cu presiunea generată de activitatea școlară" (itemul 4);
— „Încrederea mea în mine nu este afectată de o notă slabă" (itemul 5).

Cefai (2004) propune o altă modalitate de evaluare a rezilienței școlare, realizată, de data aceasta, de personalul didactic. În acest scop, Cefai propune utilizarea unui instrument format din șapte itemi care se adresează următoarelor trei aspecte, ce se consideră că acoperă în întregime câmpul rezilienței în situația școlară: (a) comportamentul prosocial și altruist; (b) autonomia și rezolvarea de probleme; (c) angajamentul elevului față de activitățile școlare

---

1 Sigla *APGAR* provine de la cuvintele *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve.*
2 Este vorba de *Family and Cohesion Evaluation Scales I, II, IIA* și *III.*
3 În această categorie se găsesc mai ales *Indicatorul de robustețe familială* al lui McCubbin, McCubbin și Thompson și *Indexul sărbătorilor familiale* al lui McCubbin și Thompson.
4 Printre instrumentele acestei regrupări figurează *Indicatorul de adaptare familială* al lui McCubbin, Thompson și Elver.

și școală. Primele două aspecte sunt grupate de Cefai sub numele de competență socioemoțională, care înseamnă a ști să comunici eficient, a prezenta atitudini și comportamente prosociale, a ști să rezolvi eficient problemele și a fi autonom. Aspectul numit „angajamentul elevului" face referire la faptul că elevul are atitudini pozitive față de profesorul (profesorii) săi și de școala pe care o frecventează, că este motivat pentru a studia și a reuși, că îi face plăcere să meargă la ore și că își iubește școala. Drept exemple, vom prezenta câte un item reprezentativ pentru fiecare aspect luat în considerare de Cefai în evaluarea rezilienței școlare:

a) „Îi place să-i ajute pe ceilalți elevi (la activitățile din clasă, dacă sunt întristați ori s-au lovit)";
b) „Trece cu bine peste situațiile și dificultățile care survin zi de zi în clasă";
c) „Participă activ la viața clasei".

Cei șapte itemi sunt cotați pe o scală Likert cu patru trepte, mergând de la „adevărat în cea mai mare parte a timpului" (A) la „rareori adevărat" (D). Instrumentul creat de Cefai a fost completat de 47 de cadre didactice de la șase școli primare, care l-au utilizat pentru a evalua 995 de elevi. Rezultatele obținute arată că acest procedeu permite descoperirea grupurilor-clase reziliente pornind de la evaluări individuale.

Reziliența în raport cu derularea carierei

Această formă specifică de reziliență s-a impus ca urmare a evoluțiilor pieței muncii, schimbărilor referitoare la siguranța muncii, numeroaselor schimbări organizaționale. Waterman, Waterman și Collard (1994) descriu lucrătorii rezilienți în ceea ce privește cariera ca pe niște indivizi care sunt gata să se transforme pentru a urma ritmul schimbărilor. London (1983) precizează că în cazul lucrătorilor rezilienți în ceea ce privește evoluția carierei este probabil să-și asume riscuri și să reușească în situații care pot evolua în funcție de capacitatea lor de a avea inițiative și de a adopta comportamente adaptate. După același autor, persoanele reziliente în privința carierei rezistă mai mult la perturbații, chiar dacă mediul este mai puțin propice și sunt capabile să facă față situațiilor de muncă dificile. Aceste persoane se adaptează mai ușor schimbărilor ce survin în cariera lor.

Pornind de la lucrarea lui Waterman *et al.* (1994), unde sunt examinate opt calități asociate rezilienței în domeniul muncii — flexibilitate, creativitate,

autonomie, ambiție, dorință de a învăța lucruri noi, capacitate de a construi noi proiecte de carieră, încredere în sine și capacitate de a se menține la curent cu noutățile dintr-un domeniu —, Gowan, Craft și Zimmermann (2000) au elaborat o scală de evaluare a acestui tip de reziliență. Este de remarcat totuși că Gowan *et al.* nu menționează în articolul lor lista de itemi care compun scala pe care au creat-o.

Reziliența în fața suicidului

În elaborarea *Inventarului de reziliență în fața suicidului* (*SRI-25*), Osman, Gutierrez, Muehlenkamp, Dix-Richardson, Barrios și Kopper (2004) au ținut cont de factorii interni de protecție, de factorii externi de protecție și de stabilitatea emoțională.

Factorii interni cuprind credințele sau sentimentele pozitive față de sine și față de satisfacția oferită de viață.

Itemul 13 — „Sunt mândru de multe lucruri bune care mă privesc" — constituie concretizarea acestei categorii de factori.

Factorii externi se referă la capacitatea individului de a căuta resurse exterioare (rude apropiate sau prieteni) care-l pot ajuta atunci când întâmpină dificultăți sau are gânduri suicidare.

Astfel, itemul 3 stipulează că „Apropiații ar găsi timp să mă asculte, dacă aș vorbi serios că intenționez să-mi pun capăt zilelor".

Factorul stabilitate emoțională se concretizează în itemi care reflectă credințele despre capacitatea persoanei de a-și controla gândurile suicidare atunci când este confruntată cu evenimente perturbatoare din punct de vedere emoțional.

Astfel, textul itemului 18 este: „Dacă sunt singur(ă) și izolat(ă) de ceilalți, îmi pot controla gândurile suicidare".

Cei 25 de itemi ai inventarului se repartizează astfel: nouă pentru subscala factori interni, opt itemi pentru subscala factori externi și opt itemi pentru subscala stabilitate emoțională. Itemii sunt cotați de la 1 („dezacord total") la 6 („acord total").

Evaluarea conceptelor înrudite

O întoarcere la origini: evaluarea capacității de recuperare

Scala scurtă de reziliență sau *BRS*[1] a fost concepută de autorii săi (Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher și Bernard, 2008) pentru a evalua reziliența pornind de la sensul „cel mai elementar" al acestui concept, acela de recuperare (*to bounce back*) și de revenire după perioada de stres.

BRS este formată din șase itemi, jumătate fiind formulați pozitiv și cealaltă jumătate negativ. Următoarele două exemple ilustrează acest mod de formulare:

- „Tind să-mi revin după perioadele dificile" (itemul 1);
- „Îmi este dificil să mă refac atunci când am vreun necaz" (itemul 4).

Toți itemii *BRS* fac referire la evenimente negative: perioade de timp dificile, evenimente stresante, dezamăgiri. Subiecții evaluați trebuie să indice gradul în care sunt de acord cu cele șase enunțuri ale acestui instrument, pe o scală cu cinci trepte.

Scala *BRS* a fost administrată unui număr de patru eșantioane: două formate din studenți (128 și, respectiv, 64); un altul format din pacienți cardiaci aflați în convalescență (113) și un al patrulea format din femei (20 având diagnosticul de fibromialgie și 30 reprezentând un subgrup de control). Subiecții au avut de completat, pe lângă *BRS*, două alte instrumente de evaluare a rezilienței: *Scala Connor-Davidson* (*CD-RISC*) și *Scala de reziliență a Eului* a lui Block. În plus, cu diferențe de la un eșantion la altul, au fost administrate instrumente menite să evalueze anumite caracteristici personale ale subiecților (optimism/pesimism, alexitimie, personalitate D etc.), strategiile lor de adaptare, relațiile lor sociale (susținere socială și interacțiuni sociale negative), starea lor de sănătate (anxietate, depresie, simtome fizice, stres perceput etc.).

Rezultatele obținute arată că *BRS* are o bună consistență internă (mergând de la 0,80 la 0,91) și o bună fidelitate test–retest (0,69 la o lună și 0,62 la trei luni). Analiza factorială indică faptul că un singur factor explică 55 până la 67% din varianță.

Scorurile *BRS* au corelații pozitive cu alte instrumente de măsurare a rezilienței, cu optimismul, scopul vieții, afectul pozitiv (în trei dintre eșantioanele

[1] *Brief Resilience Scale.*

studiate) și cu numărul de zile de exercițiu fizic/săptămână în eșantionul pacienților cardiaci aflați în convalescență. Se observă corelații negative cu pesimismul și alexitimia, interacțiunile sociale negative, comportamentul delăsător, negarea și autoculpabilizarea, stresul perceput, anxietatea, depresia, afectul negativ și simptomele fizice, oboseala (în eșantioanele de pacienți cardiaci și de femei) și durerea (în eșantioanele de femei). Pornind de la aceste rezultate, Smith *et al.* (2008) conchid că *BRS* poate avea un loc aparte în cercetarea medicală întrucât, în cazul persoanelor deja bolnave, evaluarea capacității de recuperare și de restabilire poate fi mai importantă decât evaluarea abilității de rezistență în fața bolii.

Dezvoltarea posttraumatică

Dezvoltarea posttraumatică poate fi evaluată cu metode calitative și cu metode cantitative. În prima categorie intră, mai întâi, interviurile cu întrebări deschise referitoare la ceea ce s-a schimbat în viața subiecților în urma traumei sau la beneficiile și schimbările pozitive percepute de respondenți. Maniera de a adresa întrebările — punând accentul pe schimbări sau pe schimbările *pozitive* trăite — influențează rezultatele.

Interesându-se de beneficiile percepute în urma unei traume și administrând, în același timp, o metodă cantitativă (*Inventarul dezvoltării posttraumatice*), Sears, Stanton și Danoff-Burg (2003) constată că nu există nicio corelație între găsirea de beneficii și scorul obținut la *Inventarul de dezvoltare posttraumatică*. Acest rezultat duce autorii citați la concluzia că găsirea de beneficii (concepută ca o măsură a procesului care conduce la apariția dezvoltării) și dezvoltarea ca atare sunt concepte diferite.

Evaluarea calitativă poate fi realizată, de asemenea, cerându-i persoanei să redacteze o disertație pe tema diverselor evenimente de viață pe care le-a trăit, utilizând tehnica istoriei de viață sau focus grupurile. Metodele calitative au avantajul de a identifica toate sectoarele unde se poate manifesta dezvoltarea posttraumatică, și nu numai pe acelea avute în vedere de scalele sau inventarele de dezvoltare.

În ceea ce privește evaluarea cantitativă, au fost elaborate trei instrumente:

— Primul este *Scala de dezvoltare relativă la stres* (*EDRS*), concepută de Park, Cohen și Murch (1996). Aceasta e formată din 50 de itemi care se referă la schimbările ce pot interveni în privința resurselor personale, relațiilor sociale, filosofiei de viață și strategiilor de adaptare.

Printre itemii care formează *EDRS* se numără: „Aţi învăţat să fiţi deschis şi să comunicaţi mai sincer cu ceilalţi"; „Aţi învăţat să aveţi mai multă încredere în propria persoană". Răspunsurile sunt notate pe o scală mergând de la 0 („absolut deloc") la 2 („în mare măsură").

EDRS există în alte două variante: (a) o versiune mai scurtă, formată din 15 itemi, cei mai saturaţi în factorul scos în evidenţă de analiza efectuată (Cohen, Hettler şi Pane, 1998); (b) o variantă în care itemii şi formatul răspunsurilor au fost revizuiţi astfel încât să permită şi raportarea schimbărilor negative (Armeli, Gunthert şi Cohen, 2001).

— *Inventarul de dezvoltare posttraumatică* (*IDPT*) a fost creat de Tedeschi şi Calhoun (1996) şi este format din 21 de itemi. Instrument autoadministrat, el permite evaluarea, pe o scală de la 0 la 6, a percepţiei pe care o au subiecţii asupra schimbărilor pozitive consecutive experienţelor traumatice. Printre aceste schimbări figurează enunţuri precum: „aprecierea fiecărei zile"; „priorităţile mele în viaţă" sau „a mă simţi autonom".

O analiză a componentelor principale a permis evidenţierea a cinci subscale: „noi posibilităţi", „a fi în relaţie cu ceilalţi", „puncte forte personale", „aprecierea vieţii" şi „schimbare în plan spiritual". Caracteristicile psihometrice ale *IDPT* sunt bune. Coeficientul alfa al eşantionului normativ a fost de 0,90, iar intercorelaţiile în interiorul scalei variază de la 0,62 la 0,83. Dacă pentru scorul total fidelitatea test–retest evaluată la un interval de două luni este acceptabilă (0,71), ea este destul de slabă pentru anumite subscale, precum aceea care vizează forţele personale (0,37).

— *Scala orientată către identificarea beneficiilor* (*EDB*) este un chestionar cu 17 itemi (Antoni, Lehman, Kliboum, Boyers, Culver, Alfieri *et al.*, 2001; Tomich şi Helgerson, 2004), elaborat pentru a evalua creşterea personală la femeile cu cancer de sân şi folosit, ulterior, în cazul bărbaţilor şi femeilor HIV-pozitivi. Itemii sunt notaţi pe o scală cu cinci trepte (mergând de la „puţin" la „absolut"). Toţi fac referire la prezenţa cancerului („Faptul de a avea un cancer...") şi urmăresc beneficiile personale care ar putea decurge din această situaţie: responsabilizarea persoanei, creşterea capacităţii sale de a accepta lucrurile etc.

Evaluarea cantitativă facilitează cercetările pe scară largă efectuate asupra unor populaţii diferite care au suferit traume şi permite înţelegerea mai bună

a dezvoltării posttraumatice. Cele trei instrumente prezentate au totuși mai multe limite (Park și Lechner, 2006):

- niciunul dintre instrumente nu a fost validat pe mai mult de o populație (*EDRS* și *IDPT* au fost validate pe elevii de liceu nord-americani, iar *EDB* pe pacientele cu cancer de sân);
- efectele pozitive nu pot fi decât acelea incluse în itemii instrumentelor respective;
- cu excepția variantei revizuite a *EDRS*, efectele negative nu sunt evaluate;
- înșiruirea efectelor pozitive care fac obiectul itemilor acestor instrumente poate provoca printre subiecți o tendință de a crede că trebuie neapărat să spună ceva pozitiv;
- unii itemi pot fi dificil de înțeles;
- atunci când alegerea respondentului se îndreaptă spre absența schimbării, este dificil — din cauza manierei în care sunt concepute formularele acestor instrumente — de a deosebi între existența acestei schimbări anterior diagnosticului de cancer și lipsa oricărei schimbări în privința respectivă.

Robustețea

Prima încercare de evaluare a robusteții apărea în lucrările Suzannei Ouellette-Kobasa (Kobasa, 1979, 1982; Kobasa, Maddi și Courington, 1981; Kobasa, Maddi și Kahn, 1982; Maddi și Kobasa, 1984.) Instrumentul originar cuprindea 19 scale diferite. Din cauza irelevanței a 13 dintre ele, au fost păstrate, la început, șase scale: (a) scalele de înstrăinare față de sine și față de muncă (utilizate pentru a măsura componenta angajament a robusteții); (b) scala locului controlului și scala neputinței (utilizate pentru a evalua dimensiunea control) și (c) scala de structură cognitivă și scala de siguranță (pentru a măsura dimensiunea provocare). În cele din urmă, scala de structură cognitivă fiind eliminată (Kobasa *et al.*, 1982), evaluarea robusteții s-a făcut cu cele cinci scale rămase. Rezultatul acestei evoluții a fost un chestionar cu 71 de itemi, cunoscut sub numele de *UHS*[1]. Acest instrument este considerat a fi instrumentul de primă generație pentru evaluarea robusteții (Funk, 1992).

---

[1] *Unabridged Hardiness Scale.*

Următoarea etapă a constat în crearea a două noi instrumente: *AHS*[1], cu 20 de itemi (vezi McNeil, Kozma, Stones şi Hannah, 1986) şi *RHS*[2], conţinând 36 de itemi (vezi Hull, Van Treuren şi Virnelli, 1987), reprezentând a doua generaţie de instrumente de evaluare a robusteţii. Aceste două scale sunt formate din itemi provenind din *UHS* şi permit calcularea unui scor al robusteţii. *RHS* permite, de asemenea, calcularea unor scoruri separate ale controlului, angajamentului şi înfruntării provocărilor.

Această etapă a fost urmată de aceea a elaborării instrumentelor din cea de-a treia generaţie, cu precădere a *Personal Views Survey* sau *PVS* (Hardiness Institute, 1985), format din 50 de itemi. Problemele, în special metodologice, provocate de *PVS* au dus în anii 1990 la elaborarea a două noi variante, *PVS-II* şi *PVS-III* (vezi Maddi, Harvey, Khoshaba, Lu, Persico şi Brow, 2006)[3]. Aceste două variante cuprind exclusiv itemi special formulaţi pentru evaluarea robusteţii. Ele sunt constituite dintr-un număr egal de itemi formulaţi pozitiv şi negativ, pentru cele trei componente ale robusteţii. Numărul itemilor nu este egal: 50 pentru *PVS-II* şi 30 pentru *PVS-III*.

Pentru a scurta timpul de aplicare a *PVS*, a fost creată o nouă variantă, *PVS-III-R*, care conţine 18 dintre cei mai fideli şi mai valizi itemi ai versiunilor precedente (Maddi *et al.*, 2006). În *PVS-III*, angajamentul, controlul şi înfruntarea provocărilor sunt măsurate, fiecare, prin trei itemi formulaţi în manieră pozitivă şi trei în manieră negativă. Mai multe exemple de itemi vor permite înţelegerea manierei în care este realizată această a treia variantă.

- Pentru componenta *angajament*:
  „Mă trezesc adesea cu tendinţa arzătoare de a relua lucrurile de unde s-au oprit."
  „Îmi este dificil să-mi imaginez o persoană entuziasmată de muncă."

- Pentru componenta *control*:
  „Atunci când fac proiecte, sunt sigur că le voi realiza."
  „Majoritatea lucrurilor care se întâmplă în viaţă trebuie să se întâmple."

- Pentru componenta *înfruntarea provocărilor*:
  „Schimbările rutinei mă determină să învăţ."
  „Nu sunt pregătit să gestionez problemele neaşteptate ale vieţii."

---

1 *Abridged Hardiness Scale.*
2 *Revised Hardiness Scale.*
3 În ciuda acestei evoluţii, varianta originală a *PVS* a fost utilizată în 2005, într-o cercetare asupra managerilor iranieni, întreprinsă de Ghorbani şi Watson.

PVS-III — ale cărui fidelitate și validitate sunt considerate adecvate — este utilizat ca instrument de evaluare a robusteții în trei studii realizate de Maddi *et al.* (2006). Câțiva ani mai târziu, Maddi, Harvey, Khoshaba, Fazel și Resurreccion (2009) îl administrează unui număr de 11 populații de studenți, în total 2 752 de persoane. Coeficientul alfa calculat cu această ocazie este de 0,74. Scorurile la cele trei componente ale robusteții au corelații pozitive ridicate cu scorul total al robusteții: 0,82 pentru angajament, 0,74 pentru control și 0, 76 pentru înfruntarea provocărilor.

Bartone a elaborat o *Scală a predispoziției pentru reziliență*, descrisă și ea ca o scală de evaluare a robusteții de generația a treia. Versiunea originală a acestui instrument (Bartone, Ursano, Wright și Ingraham, 1989) are 45 de itemi. O variantă ulterioară (Bartone, 1991) este formată din 30 de itemi și, în 2007, Bartone propune o variantă scurtată, formată din 15 itemi (*DRS*-15[1]). Această ultimă variantă are o bună consistență internă (coeficient alfa de 0,82) și o bună validitate de criteriu. Fidelitatea test–retest la un interval de trei săptămâni este de 0,78 (Bartone, 2007).

Alte două scale de robustețe au fost create pentru evaluările în situații particulare[2]. Prima este *Scala de robustețe a lui Lang-Goulet* sau *LGHS*[3] (Lang, Goulet și Amșel, 2003). *LGHS* a fost concepută pentru evaluarea robusteții părinților îndoliați în urma decesului unui foetus/nou-născut. Această scală este formată din 45 de itemi, care reprezintă afirmații față de care subiecții evaluați trebuie să-și exprime acordul/dezacordul pe o scală cu cinci trepte.

Itemii *LGHS* evaluează trei dimensiuni ale robusteții numite, aici, sentiment de control în raport cu evenimentele și cu încercările vieții, o orientare activă (corespunzătoare angajamentului, așa cum l-am menționat anterior când am prezentat *PVS*) și tendința de a găsi/atribui un sens existenței după un eveniment dureros. Următoarele exemple de itemi ilustrează aceste trei componente ale *LGHS*.

- Pentru sentimentul de *control*:
  „Cred că, atunci când fac proiecte, le pot realiza" (itemul 11).

- Pentru *orientarea activă*:
  „Dacă traversez o perioadă dificilă, sunt gata să caut sprijin" (itemul 2).

---

[1] *Dispositional Resilience Scale-15.*

[2] Menționăm, de asemenea, *Scala de robustețe referitoare la sănătate* elaborată de Pollock (vezi Pollock și Duffy, 1990) și formată, în versiunea sa finală, din 34 de itemi. Această scală este destinată evaluării robusteții la persoanele care se confruntă cu probleme de sănătate.

[3] *Lang-Goulet Hardiness Scale.*

- Pentru *a da sens*:

„Traversarea unor situații dificile m-a ajutat să-mi recunosc adevărații prieteni" (itemul 7).

Studiul validării *LGHS* asupra a 220 de părinți îndoliați care pierduseră, cu două luni înainte, un foetus/nou-născut, precum și o retestare la un interval de șase luni (asupra a 192 dintre subiecții cărora le fusese administrată inițial *LGHS*) arată că acest instrument este valid, fidel și sensibil la variațiile nivelului de robustețe.

Smith și Gray (2009) au elaborat un instrument de evaluare rapidă destinat măsurării robusteții personale în cadrul populațiilor de lesbiene, homosexuali, bisexuali și transsexuali urmărind, cu precădere, *curajul* acestor persoane de *a înfrunta* mesajele sociale negative referitoare la identitatea sexuală sau de gen. Acest instrument, pe care Smith și Gray îl numesc *Scala curajului de a înfrunta provocările*, este format din 18 itemi. Două exemple pot ilustra compoziția acestei scale:

— „Am curajul de a lua partea dreptății" (itemul 10);
— „Traversarea perioadelor dificile mă pregătește pentru înfruntarea provocărilor viitoare" (itemul 13).

Coeficientul alfa al acestei scale este de 0,86, iar validitatea de construct este bună. Analiza factorială scoate în evidență un singur factor, acela care definește „curajul de a înfrunta provocările" ca pe o nouă manieră de a concepe robustețea personală.

Adaptarea rezilientă

Elaborarea unei scale de adaptare rezilientă are drept punct de pornire modelul Laurei Polk (1997, 2000) care a identificat, în publicațiile existente, 26 de variabile asociate rezilienței, pe care le-a grupat în patru modele:

— modelul *dispozițiilor* se referă la trăsături personale precum inteligență, stimă de sine, încredere în sine sau eficacitate personală și reprezintă factori de protecție;
— modelul *relațional* grupează competențele sociale care îi permit subiectului să obțină susținere socială și să se angajeze în roluri sociale la nivel interpersonal și social;

- modelul *filosofic* face referire la credinţele ce facilitează atribuirea sensului, definirea scopurilor şi o perspectivă echilibrată asupra vieţii;
- modelul *situaţional* se referă la capacităţile cognitive, strategiile de rezolvare de probleme, capacitatea de acţiune şi de analiză a consecinţelor acesteia în situaţii în care subiectul trebuie să facă faţă stresului. Toate elementele acestui model corespund exact adaptării reziliente.

Pentru Sinclair şi Wallston (2004), adaptarea rezilientă se referă la tendinţa subiectului de a utiliza într-un mod eficient capacităţile sale de evaluare cognitivă în contextul unei abordări flexibile, angajate, creative, de rezolvare activă a problemelor, în ciuda condiţiilor stresante în care se află. În plus, experienţele eficiente de adaptare ameliorează trăsăturile personale precum încrederea în sine sau optimismul, care, la rândul lor, întăresc voinţa de a încerca rezolvarea activă a altor probleme. Astfel, prezenţa unei adaptări reziliente poate însemna că subiectul are o mare varietate de trăsături personale care favorizează reziliența.

Pornind de la aceste consideraţii, Sinclair şi Wallston au elaborat o *Scală scurtă de adaptare rezilientă* sau *BRCS*[1]. Această scală este formată din patru itemi, formulaţi în funcţie de maniera în care este conceptualizată adaptarea rezilientă. Aceşti itemi sunt:

- „Caut activ înlocuirea pierderilor pe care le-am suferit de-a lungul vieţii";
- „Cred că mă pot dezvolta într-o manieră pozitivă înfruntând situaţii dificile";
- „Caut soluţii creative pentru modificarea situaţiilor dificile";
- „Indiferent de ceea ce mi se întâmplă, cred că îmi pot controla reacţiile".

BRCS a fost administrată pe două eşantioane de persoane suferind de artrită reumatismală. În cazul primului eşantion (N = 90), care a beneficiat de un program de intervenţie cognitiv-comportamentală, *BRCS* a fost administrată de trei ori. În cazul celui de-al doilea (N = 140), administrarea nu a avut loc decât o singură dată. Rezultatele scot în evidenţă o consistenţă internă (coeficient alfa Cronbach) care variază între 0,64 şi 0,71. Rezultatele obţinute arată, de asemenea, că *BRCS* este sensibilă la modificarea în timp a adaptării reziliente. Validitatea convergentă a *BRCS* a fost demonstrată de corelaţiile

[1] *Brief Resilient Coping Scale.*

sale, într-un sens similar predicțiilor, cu instrumentele care măsoară resursele personale de adaptare (optimism, eficiență personală etc.) sau cu cele care măsoară starea de bine psihologic.

Menționăm, de asemenea, că Hu și Gan (2008) au elaborat în China o scală de reziliență pentru adolescenți, unde reziliența a fost definită ca un proces de adaptare. *Scala de reziliență pentru adolescenții chinezi* sau *RSCA*[1] are 27 de itemi, clasificați în funcție de următorii cinci factori, care explică 52,4% din varianța totală: (a) planificarea obiectivelor; (b) căutarea ajutorului; (c) susținerea familială; (d) controlul afectelor; și (e) gândirea pozitivă. Coeficienții alfa pentru întreaga scală și pentru cele cinci subscale corespondente factorilor sunt mai mari de 0,70. Corelația cu scorul scalei elaborate de Wagnild și Young este de 0,53.

O analiză factorială a confirmat faptul că factorii descriși, în număr de cinci, se grupează astfel:

- planificarea obiectivelor, controlul afectelor și gândirea pozitivă corespund unui factor de nivel superior numit „forță individuală";
- căutarea ajutorului și susținerea familială corespund unui al doilea factor de nivel superior, numit „forță asociată susținerii".

„Forța psihică"

În 1986, James Loehr, psiholog specializat în domeniul sportului, a creat termenul de „forță psihică" (*mental toughness*), pentru a descrie capacitatea de a menține în mod sistematic o performanță ideală în focul competiției. Goldberg (1998) prezintă forța psihică ca pe capacitatea de a renaște după nenorociri și eșecuri repetate, iar Gould, Dieffenbach și Moffet (2002) o descriu în termeni de reziliență, perseverență și gestionare reușită a adversității.

Loehr (1986) este autorul *Inventarului de performanță psihologică* sau *PPI*[2], instrument format din 42 de itemi care se repartizează într-o manieră egală între cele șapte scale componente: încredere în sine, controlul energiei negative, controlul atenției, controlul vizualizării și imageriei, motivație, energie pozitivă, controlul atitudinii. Fiecare item este notat pe o scală Likert cu cinci trepte, astfel încât scorurile scalelor variază de la 6 la 30, iar scorul total, de la

---

[1] *Resilience Scale for Chinese Adolescents.*
[2] *Psychological Performance Inventory.*

42 la 210. Câteva exemple de itemi permit o mai bună înțelegere a compoziției *PPI*.

- Pentru scala *încredere în sine*:
  „Îmi pierd foarte repede încrederea în mine" (itemul 15)
  „Sunt un competitor puternic din punct de vedere psihic" (itemul 29)

- Pentru scala *controlul energiei negative*:
  „Mă enervez sau mi se face teamă pe parcursul unei competiții" (itemul 9)
  „Chiar dacă sunt probleme care mă tulbură, îmi pot păstra calmul pe parcursul competiției" (itemul 37)

- Pentru scala *controlul atenției*:
  „Devin distrat și îmi pierd atenția pe parcursul competiției" (itemul 3)
  „Îmi pot controla rapid emoțiile care intervin, recăpătându-mi concentrarea" (itemul 17)

- Pentru scala *controlul vizualizării și al imageriei*:
  „Înaintea competiției, mă imaginez având o performanță perfectă" (itemul 4)
  „Înaintea competiției, mă imaginez traversând situații dificile". (itemul 25)

- Pentru scala *motivație*:
  „Sunt foarte motivat să dau tot ce am mai bun" (itemul 5)
  „Mă plictisesc și mă simt epuizat" (itemul 33)

- Pentru scala *energie pozitivă*:
  „Pe parcursul competiției, mă simt în stare să-mi mențin emoțiile pozitive la un nivel ridicat" (itemul 6)
  „Tind să mă descurajez atunci când, pe parcursul jocului, lucrurile iau o întorsătură negativă pentru mine" (itemul 20)

- Pentru scala *controlul atitudinii*:
  „Pe parcursul competiției, am gânduri pozitive" (itemul 7)
  „Antrenorii mei ar trebui să considere atitudinea mea ca fiind adecvată" (itemul 35).

În 2004, Middleton, Marsh, Martyin, Richards, Savis şi Perry constată că rezultatele lor nu susţin structura cu şapte factori a *PPI*. Golby, Sheard şi van Wersch (2007), care au evaluat validitatea de construct a *PPI* al lui Loehr pe 408 sportivi (dintre care 303 bărbaţi şi 105 femei), ajung la aceeaşi concluzie. Aceşti autori scot în evidenţă o structură factorială cu patru factori a forţei psihice: hotărâre, încredere în sine, cogniţie pozitivă şi vizualizare, care explică 55,7% din varianţă. Pe această bază, ei propun un nou instrument, cu 14 itemi, *Inventarul performanţei psihologice — varianta A* sau *PPI-A*. O analiză factorială exploratorie ulterioară identifică un singur factor subiacent conceptului de „forţă psihică". Pornind de la aceste rezultate, Golby *et al.* consideră că *PPI-A* este, din punct de vedere psihometric, un instrument mai puternic decât *PPI*.

Ca urmare a criticilor la care a fost supus *PPI*, au fost elaborate alte instrumente de evaluare a forţei psihice:

- *Chestionarul forţei psihice* (*Mental Toughness Questionnaire* sau *MTQ*), propus de Clough, Earle şi Sewell (2002), format din patru scale — control, înfruntare a provocării, angajament şi încredere — care, la rândul lor, sunt formate din subscale;
- *Chestionarul forţei psihice, emoţionale şi corporale* (*Mental, Emotional and Bodily Toughness Inventory* sau *MEB-Tough*), cu 43 de itemi, elaborat de Mack şi Ragan (2008);
- *Chestionarul forţei psihice în domeniul sportului* (*Sports Mental Toughness Questionnaire* sau *SMTQ*), creat de Sheard, Golby şi van Wersch (2009), instrument cu 14 itemi, care măsoară factorii încredere, constanţă şi control.

Evaluarea riscului şi protecţiei

În condiţiile evaluării rezilienţei, evaluarea riscului reprezintă un obiectiv major. Într-adevăr, prezenţa riscului — înţeles ca adversitate, ca traumă, ca apariţie a unui eveniment stresant sau acumulare cronică de griji — este o condiţie prealabilă pentru evidenţierea procesului de reziliență. Să precizăm, de asemenea, că prezenţa şi intensitatea riscului trebuie detectate la diferite niveluri: individual, familial şi de mediu. Prezenţa riscului implică, din punctul de vedere al acestui *Tratat*, punerea în practică a unor strategii care vizează construirea rezilienţei.

Din numeroasele instrumente ce permit inventarierea factorilor de risc la diferite vârste şi în diferite contexte — a căror prezentare ar putea face obiectul unui capitol separat — am ales *Lista de înregistrare a factorilor de risc familiali* sau *FRFC*[1] (Dwyer, Nicholson şi Battistutta, 2003). Ea permite evaluarea expunerii copiilor la factorii de risc din mediul familial. *FRFC* se prezintă în două variante: *FRFC-P* (la care răspund părinţii) şi *FRFC-T*[2] (completată de educatorii copiilor). În acest text, ne vom focaliza asupra variantei elaborate pentru părinţi.

FRFC-P este formată din 45 de itemi care au fost selecţionaţi pornind de la:

- discuţii cu educatorii în cadrul focus grupurilor, despre cauzele problemelor de comportament pe care la întâlnesc în clasele lor (Nicholson, Oldenburg, McFarland şi Dwyer, 1999);
- o revizuire minuţioasă a publicaţiilor disponibile, referitoare la factorii care ar putea creşte riscul dezvoltării de probleme de sănătate mentală la copii;
- cunoştinţe clinice ale psihologilor care lucrează în echipa proiectului longitudinal PROMAS[3], vizând prevenirea problemelor de sănătate mentală la copii (Nicholson, Oldenburg, Dwyer şi Batistutta, 2002).

Pentru a asigura o bună validitate de conţinut acestui instrument, *FRFC-P* a fost prezentată mai multor experţi în sănătate mentală, unor cercetători şi părinţi şi a fost apoi experimentată pe un grup de părinţi a 50 de copii care frecventau o şcoală primară.

Itemii *FRFC-P* se grupează în cinci categorii corespunzătoare unor domenii de risc ce vor fi prezentate mai jos cu exemple.

- Domeniul *Evenimente de viaţă nefavorabile şi instabilitate* (8 itemi):

„Mutări în cursul ultimilor cinci ani" (itemul 16) (riscul este considerat prezent dacă răspunsul este evaluat cu cel puţin cinci).

„Divorţul sau separarea părinţilor în cursul ultimului an" (itemul 43).

- Domeniul *Structură familială şi statut socioeconomic*:

„Familie formată din doi părinţi/familie monoparentală" (itemul 9a).

„Probleme financiare grave" (itemul 12).

---

[1] *Family Risk Factor Checklist.*

[2] T de la *teachers.*

[3] *Promoting Adjustment in School Project.*

- Domeniul *Practici parentale* (8 itemi):

„A ţipa la copil sau a-i vorbi grosolan copilului" (itemul 38) (riscul este considerat prezent dacă itemul este notat „adesea" pe o scală de frecvenţă cu trei trepte).

„Pedepse fizice" (itemul 39) (riscul este considerat prezent în aceleaşi condiţii ca şi la itemul precedent).

- Domeniul *Conflict verbal parental şi probleme de dispoziţie* (5 itemi):

„Conflict verbal grav între adulţi" (itemul 20) (riscul este prezent atunci când itemul este evaluat „uneori" sau „adesea" pe o scală de frecvenţă cu trei trepte).

„Depresie sau anxietate" (itemul 24) (cotare identică cu aceea a itemului precedent).

- Domeniul *Comportament parental antisocial şi psihotic* (7 itemi):

„Problemă gravă de sănătate mentală" (itemul 29)

„Pedeapsă cu închisoarea pe parcursul ultimului an" (itemul 42).

- O altă grupare — numită *„Alţi itemi"* este formată din patru itemi, printre care figurează următorii doi:

„Preocupare referitoare la viitoarea adaptare a copilului" (itemul 7)

„Orice alt eveniment cu caracter dureros survenit pe parcursul ultimului an" (itemul 48).

Cu excepţia familiilor monoparentale, itemii sunt cotaţi de unul dintre părinţi (*scor părinte*) şi de partenerul/partenera sa (*scor partener*). Pentru itemii 31–34, riscul este luat în calcul numai dacă cele două scoruri menţionate adeveresc prezenţa riscului. Pe baza răspunsurilor astfel obţinute, se calculează un scor de risc total şi scoruri de risc pentru fiecare din cele cinci domenii menţionate (ai căror itemi formează scalele *FRFC-P*).

FRFC-P are o bună fidelitate test-retest. Din cei 45 de itemi, 15 au coeficienţii Kappa de cel puţin 0,75, iar 26 de itemi au un kappa bun şi acceptabil, cuprins între 0,75 şi 0,40. Validitatea de construct, considerată satisfăcătoare, a fost calculată prin raportarea la o serie de opt instrumente (evaluând practicile parentale, susţinerea socială, tacticile în situaţie conflictuală, satisfacţia conjugală, depresia, anxietatea în situaţie de stres, trăsăturile psihotice etc.) Sănătatea mentală a copiilor a fost evaluată cu *Lista de înregistrare a comportamentelor copilului* a lui Achenbach (de 118 itemi).

Când coeficientul de consistență internă alfa pentru scorul risc total este acceptabil (0,70), coeficienții alfa pentru patru dintre scale sunt medii, iar cel al scalei comportament parental antisocial și psihotic este considerat slab.

Rezultatele obținute de Dwyer *et al.* arată că 36,2% dintre copii au fost expuși la niveluri medii (30,8%) sau ridicate (50,4%) de risc total. În funcție de domenii, nivelul riscului varia între 27,4% pentru domeniul Comportament parental antisocial și psihotic și 70% pentru domeniul Conflict parental și probleme de dispoziție:

Dwyer *et al.* (2003) au calculat, de asemenea, următorii doi coeficienți:

— *riscul atribuit* (RA) unui factor de risc, coeficient care se referă la proporția incidenței unei tulburări în populația totală (cuprinzând, deci, persoanele expuse și neexpuse), care poate fi atribuită expunerii la factorul de risc luat în considerare. RA se calculează după următoarea formulă:

$$RA = \frac{\text{(Incidența}^1\text{ problemelor de sănătate mentală în rândul populației totale)} - \text{(Incidența problemelor de sănătate mentală în grupul neexpus)}}{\text{Incidența problemelor de sănătate mentală în populația totală}}$$

— *riscul relativ* (RR) al unui factor de risc reprezintă o evaluare a riscului suplimentar al populațiilor expuse la acest factor de risc de a dezvolta o tulburare, în comparație cu populațiile neexpuse. Se calculează după următoarea formulă:

$$RR = \frac{\text{Incidența problemelor de sănătate mentală în grupul expus}}{\text{Incidența problemelor de sănătate mentală în grupul neexpus}}$$

Pornind de la datele obținute, Dwyer *et al.* au putut determina faptul că riscul evaluat de scala „Practici parentale" este factorul determinant cel mai important al *apariției* problemelor de sănătate mentală la copil. Scorurile la

---

[1] Incidența se referă la procentajul de copii care au dezvoltat noi probleme de sănătate mentală pe parcursul unei perioade de supraveghere de un an.

scalele „Conflict parental şi probleme de dispoziţie" şi „Comportament parental antisocial şi psihotic" sunt şi ele importante în predicţia *apariţiei* problemelor de sănătate mentală la copil, dar într-o mai mică măsură.

Scorurile scalelor „Practici parentale", „Conflict parental şi probleme de dispoziţie" şi „Comportament parental antisocial şi psihotic" apar ca predictorii cei mai puternici ai *persistenţei* problemelor de sănătate mentală la copil. Scorul scalei „Structură familială şi statut socioeconomic" este un predictor slab al problemelor de sănătate mentală. Rezultatele obţinute de Dwyer *et al.* arată, în cele din urmă, că scorul „Evenimente de viaţă nefavorabile şi instabilitate" nu este important pentru predicţia apariţiei sau persistenţei problemelor de sănătate mentală la copil.

La fel ca pentru factorii de risc, evaluarea factorilor de protecţie are o importanţă majoră pentru evaluarea rezilienţei. Dacă avem în vedere instrumentele deja prezentate în acest capitol, observăm că itemii acestora fac adesea referire la factori de protecţie. Anumiţi autori — precum echipa norvegiană care se ocupă de evaluarea rezilienţei — pornesc în elaborarea instrumentelor chiar de la rezultatele cercetărilor care au permis descrierea factorilor de protecţie.

În această secţiune a capitolului vom prezenta un singur instrument, *Inventarul factorilor de protecţie al lui Baruth* sau *BPFI*[1] (Baruth şi Carroll, 2002), care vizează evaluarea celor patru factori care contribuie, conform publicaţiilor consultate de autorii săi, la prezenţa rezilienţei la persoanele considerate „reziliente": (a) o personalitate adaptabilă; (b) un mediu susţinător; (c) un număr redus de factori de stres şi (d) experienţe compensatorii.

În total, *BPFI* este format din 16 itemi, patru pentru fiecare factor de protecţie menţionat mai sus, care trebuie cotaţi pe o scală Likert cu cinci trepte. Scorul total la *BPFI* variază deci de la 16 la 80. Iată câte un exemplu pentru fiecare factor de protecţie luat în calcul:

a) „Mă simt competent şi am o stimă de sine ridicată" (itemul 8);
b) „Simt că pot avea încredere în cel puţin o persoană (aparţinând sau nu familiei mele)" (itemul 11);
c) „Pe parcursul ultimelor trei luni, în familia/grupul meu de prieteni au existat mai multe probleme decât experienţe pozitive" (itemul 3);
d) „Simt că, de-a lungul vieţii, am făcut faţă cu bine unuia sau mai multor factori de stres" (itemul 15).

---

[1] *Baruth Protective Factors Inventory.*

Pentru întregul *BPFI*, coeficientul alfa indică o consistență internă de 0,83. Pentru fiecare din cele patru scale ale *BPFI*, coeficienții alfa sunt, în ordine: 0,76, 0,98, 0,55 și 0,83.

Specificitate culturală și evaluarea rezilienței

De mai multe ori, în paragrafele consacrate prezentării instrumentelor precum *Scala de reziliență* elaborată de Wagnild și Young, scala Connor-Davidson (*CD-RISC*) sau *Scala de reziliență pentru adulți* (*RSA*), am menționat problemele create de adaptarea la alte limbi/alte culturi a instrumentelor create în engleză și în contextul cultural nord-american, precum și interesul cercetătorilor pentru validarea transculturală a instrumentelor lor.

Vom prezenta acum exemple de instrumente care au fost elaborate fie pentru a corespunde unei anumite culturi, fie pentru a permite evaluarea rezilienței dintr-o perspectivă etică, adică prin ceea ce are ea universal.

Luând în calcul necesitatea de a scoate în evidență factorii culturali care contribuie la rezilienta persoanelor aparținând minorităților oprimate, Long și Nelson (1999) au elaborat o scală de evaluare a rezilienței în familiile populației autohtone din Statele Unite. Această scală, numită *Etnie, cultură, religie/spiritualitate* (*ECR*) este formată din următorii 11 itemi:

1. Ce simțiți în legătură cu originea dumneavoastră?
2. Originea dumneavoastră vă este potrivnică?
3. Originea dumneavoastră vă este de ajutor?
4. Ce simțiți referitor la identitatea dumneavoastră religioasă?
5. Identitatea dumneavoastră religioasă vă este potrivnică?
6. Identitatea dumneavoastră religioasă vă este de ajutor?
7. Vorbiți mai mult de o limbă?[1]

7a. Vă este este util faptul că sunteți bilingv?

7b. Vă creează probleme faptul că sunteți bilingv?

8. Participați la activitățile culturale din comunitatea dumneavoastră?
9. Apelați la mijloacele tradiționale de ajutor din comunitatea dumneavoastră?

Răspunsurile la întrebările 1–6 sunt cotate de la 0 (nu este valabil) la 4 (mult). Cei trei itemi ai întrebării 7 implică un răspuns dihotomic (0 = nu;

[1] Dacă răspunsul la itemul 7 este pozitiv, trebuie răspuns la itemii 7a și 7b.

1 = da), iar răspunsurile la întrebările 8 și 9 au fost cotate de la 0 la 3. Scorul maxim posibil este 33.

ECR a fost administrat pe 73 de indigeni și pe 74 de neindigeni. Indigenii proveneau din opt triburi. Circa o treime provenea din trei triburi din Oregon, 36% din zona centrală a Iowei, iar 28% aparțineau unor triburi diverse, dar locuiau în două zone metropolitane importante din Oregon și Iowa.

Scorurile medii ale *ECR* au fost cuprinse între 20,7 (DS = 6,8) pentru grupul de 73 de indigeni și 10,8 (DS = 7,7) pentru cei 74 de neindigeni. Conform datelor psihometrice, coeficientul alfa Cronbach era întru totul satisfăcător (0,83). Corelațiile item-total variau de la 0,3708 la 0,6330. În urma analizei factoriale, s-au conturat trei factori. Factorul 1 („Identitate religioasă și activități comunitare") grupează întrebările referitoare la: a) ce simt respondenții despre identitatea lor religioasă/spirituală; b) măsura în care aceasta îi ajută sau acționează împotriva lor și frecvența cu care respondenții utilizează resursele, activitățile și mijloacele tradiționale de ajutor ale comunității lor culturale, etice sau religioase. Așa cum era de așteptat, cele trei întrebări referitoare la limbaj sunt saturate în factorul 2 („Limbaj"). Factorul 3 se referă la „Identitatea etnică/culturală".

Long și Nelson consideră că elaborarea *ECR* constituie un debut în cercetarea modalităților pertinente din punct de vedere cultural de evaluare a rezilienței în comunitatea indigenă și poate fi utilă în planificarea și ameliorarea serviciilor, oferind informații asupra rezilienței familiilor autohtone din Statele Unite.

Proiectul internațional reziliență (Ungar, 2008; Ungar, Brown, Liebenberg, Othman, Kwong și Armstrong, 2007; Ungar, Lee, Callaghan și Boothroyd, 2005; Ungar, 2010) a permis studierea rezilienței pe o populație de 1 451 de tineri aflați în situație de risc, trăind în 14 comunități din 11 țări: Africa de Sud (Cape Town), Canada (Halifax, Winnipeg și comunitatea de aborigeni inuiți din Sheshatshiu), China (China și Hong Kong), Columbia (Medellin), Statele Unite (Tampa în Florida), Gambia (Serekunda), India (Imphal), Israel (Tel Aviv), Palestina (Ierusalimul de Est și Gaza), Rusia (Moscova) și Tanzania (Njoro).

Acest proiect a permis dezvoltarea unui instrument cantitativ de evaluare, numit *Măsurarea rezilienței la copii și la tineri* sau *CYRM*[1], format din 28 de itemi. Totodată, au fost elaborate ghiduri de interviu, permițând înțelegerea rezilienței într-o manieră calitativă. La interviuri au participat 89 de tineri.

---

1 *Child and Youth Resilience Measure.*

Utilizarea iterativă a instrumentului cantitativ și a interviului a permis identificarea diferențelor apărute în cadrul populației globale studiate pe parcursul acestui proiect, în condițiile confruntării cu multiple provocări precum sărăcia, războiul sau marginalizarea din cauza apartenenței etnice, orientării sexuale sau nivelului socioeconomic.

Compararea rezultatelor administrării *CYRM* cu acelea obținute prin intermediul interviurilor arată că *CYRM* este un instrument de măsurare a rezilienței tinerilor, sensibil din punct de vedere cultural.

Itemii *CYRM* acoperă, potrivit autorilor, șapte aspecte ale rezilienței:

- accesul la resursele materiale;
- relațiile;
- identitatea;
- puterea și controlul;
- adeziunea la cultură;
- dreptatea socială și
- coeziunea.

Câteva exemple de itemi pot ilustra structura *CYRM*:

- „Mănânci suficient în cea mai mare parte a zilelor?"
- „Oamenii consideră că este distractiv să se afle în prezența ta?"
- „Ești mândru de originile tale etnice?"
- „Te simți supravegheat îndeaproape de părinții tăi?"
- „Sunt credințele spirituale o sursă de putere pentru tine?"
- „Știi cum să te comporți în diverse situații sociale?".
- „Cooperezi cu persoanele din jurul tău?"

Menționăm, de asemenea, că mai multe alte studii tind să sublinieze mai bine, la nivelul evaluării, relațiile dintre reziliență și cultură. Deoarece aceste cercetări au încă o utilitate redusă în practică, nu am considerat oportună prezentarea lor aici.

În chip de scurtă concluzie

Informațiile ce fac parte din acest capitol evidențiază diversitatea instrumentelor pentru evaluarea rezilienței, elaborate până în prezent. Această

diversitate se explică prin multitudinea de definiții ale rezilienței, considerată de unii autori o trăsătură de personalitate sau o caracteristică personală, de alții un proces care implică interacțiuni între individ și mediul său sau, pur și simplu, un rezultat care se exprimă prin absența tulburărilor psihice sau prin dispariția, mai mult sau mai puțin rapidă, a acestora.

Dacă această explicație pare relativ simplă, atunci când este vorba de operaționalizarea diferitelor tipuri de definiții care decurg de aici, cercetătorul se găsește în fața altor dileme: care sunt cei mai buni factori descriptivi ai rezilienței considerate o trăsătură de personalitate, o caracteristică personală? Instrumentele prezentate arată că răspunsurile la această întrebare variază considerabil. Pentru ca răspunsul să fie și mai dificil, să ne amintim că aceste caracteristici variază cu vârsta.

Ce variabile să reținem atunci când considerăm reziliența ca fiind un proces? Aderarea la o școală teoretică va zugrăvi într-o manieră clară alegerile metodologice pe care cercetătorii le vor realiza. Astfel, un cognitivist se va orienta spre strategiile de adaptare utilizabile, psihanalistul își va manifesta preferința pentru mecanismele de apărare, iar sistemicul se va interesa mai mult de interacțiunile în plan familial sau grupal.

Menționarea absenței tulburărilor sau dispariției acestora ridică problema diagnosticelor, a instrumentelor care trebuie utilizate în acest scop, a granței între normal și patologic, a interpretării manifestărilor infraclinice.

În ciuda acestor dificultăți, unele instrumente par să se impună. Pe ce bază? Utilizarea în numeroase cercetări, în contexte diferite, asupra unor populații diverse și a unor culturi diferite, seriozitatea studiilor întreprinse în ceea ce privește caracteristicile lor psihometrice explică de ce *Scala de reziliență* elaborată de Wagnild și Young, Scala Connor-Davidson și Scala norvegiană a rezilienței adultului se află în prezent în prim-plan.

Situația actuală a lucrărilor asupra evaluării rezilienței ne obligă, totodată, să recomandăm prudență, mai ales în interpretarea rezultatelor obținute la astfel de evaluări. Istoria psihometriei este plină de exemple de excese care au antrenat rezerve, reticențe, ostilitate, într-un domeniu al psihologiei clinice totuși indispensabil pentru obiectivarea diferențelor interindividuale pe care niciun clinician de bun-simț nu le poate nega.

Prudența este cu atât mai necesară, cu cât începe să se manifeste tendința de a simboliza referirile la reziliență. Astfel, Reivich și Shatté (2002) propun un coeficient de reziliență, iar o echipă a Universității Changsha (din China) publică un instrument menit să măsoare coeficientul de reziliență la stres (Hu, Deng, Pan, Lian și Tang, 2009). În aceste condiții, analiza aprofundată

a rezultatelor instrumentelor utilizate, a rezultatelor subscalelor şi chiar a răspunsurilor la itemi trebuie să preceadă orice interpretare pripită a scorurilor.

Altfel, progresele prezentate în acest capitol se pot transforma în eşecuri şi pot conduce la stigmatizarea anumitor persoane, în loc să faciliteze manifestarea rezilienţei.

Bibliografie

Alexander C. (1998), *The endurance: Schacketon's legendary Antarctic expedition*, New York, Alfred A. Knopf.

Alva S.A. (1991), Academic invulnerability among Mexican-American students: The importance of protective and resources and appraisals, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, vol. 13, p. 18–34.

Antoni M.H., Lehman J.M., Klibourn K.M., Boyers A.E., Culver J.L., Alfireri S.M., Yount S.E., McGregor B.A., Arena P.L., Harris S.D., Price A.A. şi Carver C. (2001), Cognitive behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer, *Health Psychology*, vol. 20, p. 20–32.

Antonovski A. (1987), *Unraveling the mistery of health: how people manage stress and stay well*, San Francisco, Jossey-Bass.

Araki T. (2000), Japanese versions of Resiliency Scales: A preliminary study, *Tohoku Psychologica Folia*, vol. 59, p. 46–52.

Armeli S., Gunthert K.C. şi Cohen L.H. (2001), Stressor appraisals, coping and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related growth, *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 20, p. 366–395.

Aroian K.J., Schappler-Morris N., Neary S., Spitzer A. şi Tran T.V. (1997), Psychometric evaluation of the Russian language version of the Resiliente Scale, *Journal of Nursing Measurement*, vol. 5, nr. 2, 151–164.

Bartone P.T. (2007), Test-retest reliability of the dispositional resilience scale-15, a brief hardiness scale, *Psychological Reports*, vol. 101, p. 943–944.

Bartone P.T., Ursano R.J., Wright K.W. şi Ingraham L.H. (1989), The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: a prospective study, *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 177, p. 317–328.

Baruth K.E. Şi Carroll J.J. (2002), A formal assessment of resilience: the Baruth Protective Factors Inventory, *The Journal of Individual Psychology*, vol. 58, nr. 3, p. 235–244.

Block J. şi Kremen A.M. (1996), IQ and ego resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 70, nr. 2, p. 349–361.

Block J. (1961/1978), *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*, Palo Alto, Consulting Psychologist Press.

Callahan S., Rogé B., Cardénal M., Cayrou S. şi Sztulman H. (2001), Le contrôle et la résilience du moi: traduction des échelles et premiers éléments des études de la fidélité et de la validité, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, vol. 11, nr. 4, p. 144–150.

Campbell-Sills L. şi Stein M.B. (2007), Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10–item measure of resilience, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, nr. 6, p. 1019–1028.

Cefai C. (2004), Pupil resilience in the classroom, *Emotional and Behavioural Difficulties*, vol. 9, nr. 3, p. 149–170.

Clough P., Earle K. şi Sewell D. (2002), Mental toughness: the concept and its measurement, în I. Cockerill (coord.), *Solutions in sport psychology*, Londra, Thomson, p. 32–45.

Cohen L.H., Hettler T.R., Pane N. (1998), Assessment of posttraumatic growth, în R.G. Tedeschi, C.L. Park şi L. Calhoun (coord.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, Manwah, Lawrence Erlbaum Associates, p. 23–42.

Colaizzi P.E. (1983), Psychological research as the phenomenologist views it, în R. Valle şi M. King (coord.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology*, New York, Oxford University Press.

Connor K.M. şi Davidson J.R.T. (2003), Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), *Depression and Anxiety*, vol. 18, p. 76–82.

Cuomo C., Sarchiapone M., Giannantonio M.D., Mancini M. şi Roy A. (2008), Aggression, impulsivity, personality traits and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 34, p. 339–345.

Davidson J., Baldwin D.S., Stein D.J., Pedersen R., Ahmed S., Musgnung J., Benattia I. şi Rothbaum B.O. (2008), Effects of venlafaxine extended release on resilience in posttraumatic stress disorder: an item analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale, *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 23, p. 299–303.

Davidson J.R.T., Payne V.M., Connor K.M., Foa E.B., Rothbaum B.O., Hertzberg M.A. şi Weisler R.H. (2005), Trauma, resilience and saliostasis: Effects of treatment in post-traumatic stress disorder, *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 20, nr. 1, p. 43–48.

Dodding C.J., Nasel D.D., Murphy M. şi Howell C. (2008), All in for mental health: a pilot study of group therapy for people experiencing anxiety and/or depression and a significant other of their choice, *Mental Health in Family Medicine*, vol. 5, p. 41–49.

Dunst C.J, Jenkins V. şi Trivette C.M. (1984), The family support scale: Reliability and validity, *Journal of individual, Family and Community Wellness*, vol. 1, p. 45–52.

Dunst C.J. şi Lee H.E. (1987), Measuring the adequacy of resources in households with young children, *Child: Care, Health and Development*, vol. 13, p. 111–125.

Dwyer S.B., Nicholson J.M. şi Battistutta D. (2003), Population level assessment of the family risk factors related to the onset or persistence of children's mental health problems, *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, vol. 44, nr. 5, p. 699–711.

Friborg O., Barlaug D., Martinussen M., Rosenvinge J.H. şi Hjemdal O. (2005), Resilience in relation to personality and intelligence, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 14, nr. 1, p. 29–42.

Friborg O., Hjemdal O, Rosenvinge J.H., Martinussen M. (2003), A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 12, nr. 2, p. 65–76.

Friborg O., Hjemdal O, Rosenvinge J.H., Martinussen, M. Aslaksen P.M. şi Flaten M.A. (2006), Resilience as a moderator of pain and stress, *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 61, p. 213–219.

Friborg O., Martinussen M şi Rosenvinge J.H. (2006), Likert-based vs. semantic differential-based scorings of positive psychological constructs: A psychometric comparison of two versions of a scale measuring resilience, *Personality and Individual Differences*, vol. 40, p. 873–884.

Funk S.C. (1992), Hardiness: A review of theory and research, *Health Psychology*, vol. 11, p. 335–345.

Garmezy N. (1993), Children in poverty: resilience despite risk, *Psychiatry*, vol. 56, p. 127–136.

Ghorbani N. şi Watson P.J. (2005), Hardiness scales in Iranian managers:. evidence of incremental validity in relashionships with the five factor model and with organizational and psychological adjustment, *Psychological Reports*, vol. 96, p. 775–791.

Gillespie B.M., Chaboyer W., Wallis M. şi Grimbeek P. (2007), Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 59, nr. 4, p. 427–438.

Golby J., Sheard M. şi van Wersch A. (2007), Evaluating the factor structure of the Psychological Performance Inventory, *Perceptual and Motor Skills*, vol. 105, p. 309–325.

Goldberg A.S. (1998), *Sports slump busting: 10 steps to mental toughness and peak performance*, Champaign, Human Kinetics.

Gould D., Dieffenbach K. şi Moffett A. (2002), Psychological characteristics and their development in Olympic champions, *Journal of Applied Sport Psychology*, vol. 14, p. 172–204.

Gowan M.A., Craft S.L.S. şi Zimmermann R.A. (2000), Response to work transitions by United States army personnel: Effects of self-esteem, self-efficacy and career resilience, *Psychological Reports*, vol. 86, p. 911–921.

Grotberg E.H. (1995), *A Guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. Early childhood development practice and reflections nr. 8*, The Netherlands, Bernard van Leer Foundation.

Grotberg E.H. (2003), What is resilience? How do you promote it? How do you use it?, în E.H. Grotberg (coord.), *Resilience for today: gaining strength from adversity*, Westport, Prager, p. 1–29.

Hardiness Institute (1985), *Personal Views Survey*, Arlington Heights.

Harvey M.R. (1996), An ecological view of psychological trauma and trauma recovery, *Journal of Traumatic Stress*, vo. 9, nr. 1, p. 3–23.

Harvey M.R., Liang B., Harney P.A., Koenen K., Tummala-Narra P. şi Lebowitz L. (2003), A Multidimensional approach to the assessment of trauma impact, recovery and resiliency: initial psychometric findings, *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, vol. 6, nr. 2, p. 87–109.

Hawley D.R. şi DeHaan L. (1996), Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives, *Family Process*, vol. 35, p. 283–298.

Haz A.M., Castillo R. şi Aracena M. (2003), Adaptación preliminar del instrumento Multidimensional Trauma Recovery and Resilience (MTRR) en une muestra de madres maltratadoras fisicas con historia de maltrato fisico y madres no maltratadoras con historia de maltrato fisico, *Child Abuse and Neglect*, vol. 27, p. 807–820.

Hjemdal O., Aune T., Reinfjell T., Stiles T.C. şi Friborg O. (2007), Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 12, nr. 1, p. 91–104.

Hjemdal O., Friborg O., Martinussen M, şi Rosenvinge J.H. (2001), Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience, *Journal of the Norwegian Psychological Association*, vol. 38, p. 310–317.

Hjemdal O., Friborg O., Stiles T.C., Martinussen M. şi Rosenvinge J.H. (2006), A new scale for adolescent resilience: grasping the central protective resources behind healthy development, *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, vol. 39, p. 84–96.

Hu H.C., Deng Y.L., Pan C., Liang Y.J. şi Tang Q.-P. (2009), Preliminary Study on Stress Resilience Quotient Scale among the elderly community-dwellers in Zhuzhou City. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, vol. 17, nr. 3, p. 318–320.

Hu Y.-Q. şi Gan Y. Q. (2008), Development and psychometric validity of the Resilience Scale for Chinese Adolescents, *Acta Psychologica Sinica*, vol. 40, nr. 8, p. 902–912.

Hull J.G., Van Treuren R.R. şi Virnelli S. (1987), Hardiness and health: A critique and alternative approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 53, nr. 3, p. 518–530.

Humpreys J. (2003). Resilience in sheltered battered woman. *Issues in Mental Health Nursing, 24*, 137–152.

Hunter G. şi Chandler G.E. (1999), Adolescent resilience, *Image: Journal of Nursing Scholarship*, vol. 31, nr. 3, p. 243–247.

Hurtes K.P. şi Allen L.R.: (2001), Measuring resiliency in youth: The Resiliency Attitudes and Skills profile, *Therapeutic Recreation Journal*, vol. 35, nr. 4, p. 333–347.

Isaksson U., Santamäki-Fischer R., Nygren B., Lundman B. şi Åström S. (2007), Supporting the very old when completing a questionnaire. Risking bias or gaining valid result?, *Research on Aging*, vol. 29, nr. 6, p. 576–589.

Jew C.L. (1991), Development and validation of a measure of resiliency, *Dissertation Abstracts International*, vol. 52, nr. 3–A, p. 849.

Jew C.L. şi Green K.E. (1998), Effects of risk factors on adolescents' resiliency and coping, *Psychological Reports*, vol. 82, p. 675–678.

Jew C.L., *Green* K.E. şi Kroger J. (1999), Development and validation of a measure of resiliency, *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, vol. 32, p. 75–89.

Jørgensen I.E. şi Seedat S. (2008), Factor structure of the Connor-Davidson Resilience Scale in South African adolescents, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 20, p. 23–32.

Jowkar B., Friborg O. şi Hjemdal O. (2010), Cross-cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran, *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 51, p. 418–425.

Karaimark Ö. (2010), Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample, *Psychiatry Research*, vol. 179, p. 350–356.

Khoshouei M.S. (2009), Psychometric evaluation of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using Iranian students, *International Journal of Testing*, vol. 9, p. 60–66.

Klohnen E.C. (1996), Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 70, nr. 5, p. 1067–1079.

Kobasa S.C. (1979), Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 37, p. 1–11.

Kobasa S.C. (1982), Commitment and coping in stress resistance among lawyers, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 42, p. 707–717.

Kobasa S.C., Maddi S.R. şi Courington S. (1981), Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 22, p. 368–378.

Kobasa S.C., Maddi S.R. şi Kahn R. (1982), Hardiness and health: A prospective study, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 37, p. 1–11.

Koren P.E., DeChillo N. şi Frisen B.J. (1992), Family empowerment scale, în J. Toulianos, B.F. Perlmutter şi M.A. Straus (coord.), *Handbook of family measurement techniques*, Thousand Oaks, Sage, p. 382–383.

Lamond A.J., Depp C.A., Allison M., Langer R., Reichstadt J., Moore D.J., Golshan S., Ganiats T.G. şi Jeste D.V. (2009), Measurement and predictors of resilience among

community-dwelling older women, *Journal of Psychiatric Research*, vol. 43, p. 148–154.

Lang A., Goulet C. şi Amsel R. (2003), Lang and Goulet Hardiness Scale: Development and testing on bereaved parents following the death of their fetus/infant, *Death Studies*, vol. 27, p. 851–880.

Loehr J.E. (1986), *Mental toughness training for sports: achieving athletic exellence*, Lexington, Stephen Greene Press.

London M. (1983), Toward a theory of career motivation, *Academy of Management Review*, vol. 8, p. 620–630.

Long C.R. şi Nelson K. (1999), Honoring diversity: the reliability, validity and utility of a scale to measure Native American resiliency, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, vol. 2, nr. 1–2, p. 91–107.

Lundman B., Strandberg G., Eiseman M., Gustafson Y. şi Brulin C. (2007), Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 21, p. 229–237.

Luthar S.S. şi Cushing G. (1999), Measurement issues in the empirical study of resilience. An overview, în M.D. Glantz şi J.L. Johnson (coord.), *Resilience and development. Positive life adaptations*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 129–160.

Luthar S.S. şi Zelazo L.B. (2003), Research on resilience: an integrative review, în S. S. Luthar (coord.), *Resilience and vulnerability. Adaption in the context of childhood adversities*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 510–550.

Lyons J. (1991), Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 4, p. 93–111.

Mack M.G. şi Ragan B.G. (2008), Development of the Mental, Emotional and Bodily Toughness Inventory in collegiate ahtletes and nonathletes, *Journal of Athletic Training*, vol. 43, nr. 2, p. 125–132.

Maddi S.R., Harvey R.H., Khoshaba D.M., Fazel M. şi Resurreccion N. (2009), The personality construct of hardiness, IV. Expressed in positive cognitions and emotions concerning oneself and developmentally relevant activities, *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 49, nr. 3, p. 292–305.

Maddi S.R., Harvey R.H., Khoshaba D.M., Lu J.L., Persico M. şi Brow M. (2006), The personality construct of hardiness, III: Relashionships with repression, innovativeness, authoritarianism and performance, *Journal of Personality*, vol. 74, nr. 2, p. 575–597.

Maddi S.R. şi Kobasa S.C. (1984), *The hardy executive: Health under stress*. Homewood, Dow-Jones-Irwin.

Martin A.J. şi Marsh H.W. (2006), Academic resilience and its psychological and educational correlates: A construct validity approach, *Psychology in Schools*, vol. 43, nr. 3, p. 267–281.

McCubbin H.I. şi McCubbin M.A. (1988), Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity, *Family Relations*, vol. 37, p. 247–254.

McCubbin H.I., Thompson A.I. şi McCubbin M.A. (1996), *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation — inventories for research and practice*, Madison, University of Wisconsin.

McNeil K., Kozma A., Stones M.J. şi Hannah E. (1986), Measurement of psychological hardiness in older adults, *Canadian Journal on Aging*, vol. 5, p. 43–48.

Middleton S.C., Marsh H.W., Martin, A.J., Richards G.E., Savis J. şi Perry C. (2004), The Psychological Performance Inventory: Is the mental toughness test tough enough?, *International Journal of Sport Psychology*, vol. 35, p. 91–108.

Moorhouse A. şi Caltabiano M.L. (2007), Resilience and unemployment: exploring risk and protective influences for the outcome variables of depression and assertive job searching, *Journal of Employment Counseling*, vol. 44, nr. 3, p. 115–125.

Mrazek P.J. şi Mrazek D. (1987), Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration, *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, p. 357–365.

Nicholson J.M., Oldenburg B., McFarland M.L. şi Dwyer S.B. (1999), Mental health interventions in the primary school setting: Perceived facilitators, barriers and needs, *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 9, p. 103–110.

Oshio A., Kaneko H., Nagamine S. şi Nakaya M. (2003), Construct validity of the Adolescent Resilience Scale, *Psychological Reports*, vol. 93, p. 1217–1222.

Osman A., Gutierrez P.M., Muehlenkamp J.J., Dix-Richardson F., Barrios F.X. şi Kopper B.A. (2004), Suicide Resilience Inventory-25: Development and preliminary psychometric properties, *Psychological Reports*, vol. 94, p. 1349–1360.

Park C.L., Cohen. L.H. şi Murch R. (1996), Assessment and prediction of stress related growth, *Journal of Personality*, vol. 64, p. 71–105.

Park C.L. şi Lechner S.C. (2006), Measurement issues in assessing growth following stressfull life experiences, în L.G. Calhoun şi R.G. Tedeschi (coord.), *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, p. 47–67.

Pietrzak R.H., Dougles C.J., Goldstein M.B., Malley J.C., Rivers A.J., Morgan C.A. şi Southwick S.M. (2010), Psychological buffers of traumatic stress, depressive symptoms and psychological difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: the role of resilience, unit support and post deployment social support, *Journal of Affective Disorders*, vol. 126, nr. 1–2, p. 230–235.

Polk L.V. (1997), Toward a middle-range theory of resilience, *Advances in Nursing Science*, vol. 19, nr. 3, p. 1–13.

Polk L.V. (2000), *Development and validation of the Polk Resilience Patterns Scale*, Teză de doctorat nepublicată, The Catholic University of America.

Pollock S.E. şi Duffy M.E. (1990), The health-related hardiness scale: development and psychometric analysis, *Nursing Research*, vol. 39, nr. 4, p. 218–222.

Portzky M., Wagnild G., De Bacquer D. şi Audenaert K. (2010), Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 24, p. 86–92.

Prince-Embury S. (2006), *Resiliency Scales for Adolescents: Profiles of personal strengths*, San Antonio, Harcourt Assessments.

Prince-Embury S. (2007), *Resiliency Scales for Adolescents and Adolescents: Profiles of personal strengths*, San Antonio, Harcourt Assessments.

Prince-Embury S. şi Courville T. (2008), The Resiliency Scales for Children and Adolescents, psychological symptoms and clinical status in adolescents, *Canadian Journal of School Psychology*, vol. 23, nr. 1, p. 41–56.

Radan A. (2000), *Resilience in Central American women survivors of war: A study analyzing the role of social supports*, Teză de doctorat, Boston College, Boston, M. A.

Reivich K. şi Shatté A. (2002), *The resilience factor*, New York, Broadway Books.

Roy A., Sarchiapone M. şi Carli V. (2007), Low resilience in suicide attempters: relationship to depressive symptoms, *Depression and Anxiety*, vol. 24, p. 273–274.

Rutter M. (1985), Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders, *British Journal of Psychiatry*, vol. 147, p. 598–611.

Rutter M. (1990), Psychosocial resilience and protective mechanisms, în J.E. Rolf şi A.S. Masten (coord.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, New York, Cambridge University Press, p. 181–214.

Schneider M. (1993), *The writer as an artist: A new approach to writing alone and with other*, Los Angeles, Lowell House.

Sears S.R., Stanton A.L. şi Danoff-Burg S. (2003), The yellow brick road and the emerald city: Benefit-finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer, *Health Psychology*, vol. 22, p. 487–496.

Sexton M.B., Byrd M.R. şi von Kluge S. (2010), Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: examining infertility-related stress, general distress and coping styles, *Journal of Psychiatric Research*, vol. 44, nr. 4, p. 236–241.

Sheard M., Golby J. şi van Wersch A. (2009), Progress toward construct validation of the Sports Mental Toughness Questionnaire (SMTQ), *European Journal of Psychological Assessment*, vol. 25, nr. 3, p. 186–193.

Sinclair V.G. Şi Wallston K.A. (2004), The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale, *Assessment*, vol. 11, nr. 1, p. 94–101.

Smith B.W., Dalen J., Wiggins K., Tooley E., Christopher P. şi Bernard J. (2008), The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back, *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 15, p. 194–200.

Smith M.S. şi Gray S.W. (2009), The courage to challenge: A new measure of hardiness in LGBT adults, *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, vol. 21, nr.1, p. 73–89.

Strümpfer D.J.W. (2001), Psychometric properties of an instrument to measure resilience in adults, *South African Journal of Psychology*, vol. 31, nr. 1, p. 36–44.

Takviriyanum N. (2008), Development and testing of the Resilience Factors Scale for Thai adolescents, *Nursing and Health Sciences*, vol. 10, p. 203–208.

Tedeschi R.G. şi Calhoun L. (1996), The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 9, p. 455–471.

Tomich P.L. şi Helgerson V.S. (2004), Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer, *Health Psychology*, vol. 23, p. 16–23.

Ungar M. (2008), Resilience across cultures, *British Journal of Social Work*, vol. 38, p. 218–235.

Ungar M. (2010), What is resilience across cultures and contexts? Advances to the theory of positive development among individuals and famlies under stress, *Journal of Family Psychotherapy*, vol. 21, p. 1–16.

Ungar M., Brown M., Liebenberg L., Othman R., Kwong W.M. şi Armstrong M. (2007), Unique pathways to resilience across cultures, *Adolescence*, vol. 42, nr. 166, p. 287–310.

Ungar M., Lee A.W., Callaghan T. Şi Boothroyd R. (2005), An international collaboration to study resilience in adolescents across cultures, *Journal of Social Work Research and Evaluation*, vol. 6, p. 5–24.

Vaishnavi S., Connor K. şi Davidson J.R.T. (2007), An abbreviated version of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials, *Psychiatry Research*, vol. 152, p. 293–297.

Wagnild G.M. (2009), *The Resilience Scale User's Guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-item Resilience Scale (RS-14). Version 2.05*, Worden, Resilience Center.

Wagnild G.M. (2010), *Special report on the 25-item Resilience Scale*, Worden, Resilience Center.

Wagnild G.M. şi Young H.M. (1990), Resilience among older women, *Image: Journal of Nursing Scholarship*, vol. 22, p. 252–255.

Wagnild G.M. şi Young H.M. (1993), Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale, *Journal of Nursing Measurement*, vol. 1, nr. 2, p. 165–178.

Wang L., Shi Z., Zhang Y. şi Zhang Z. (2010), Psychometric properties of the 10-item Connor–Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 64, p. 499–504.

Wang M.C., Haertal G.D. şi Walberg H.I. (1994), Educational resilience in inner cities, în M.C. Wang şi E.W. Gordon (coord.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*, Hillsdale, Erlbaum, p. 45–72.

Waterman R.H. Jr., Waterman J.A. şi Collard B.A. (1994), *Toward a more career-resilient workforce*, Harvard Business Review, vol. 71, p. 87–95.

Werner E.E. (1989), High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 59, p. 72–81.

Werner E.E. (1993), Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study, *Development and Psychopathology*, vol. 5, p. 503–515.

Wilks S.E. (2008), Psychometric evaluation of the shortened Resilience Scale among Alzheimer caregivers, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, vol. 23, nr. 2, p. 143–149.

Wilks S.E. şi Croom B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's Disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health*, 12(3), 357–365.

Wolin S.J. şi Wolin S. (1993), *The resilient self: how survivors of trubled families rise above adversity*, New York, Villard Books.

Yu X. şi Zhang J. (2007), Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people, *Social Behavior and Personality*, vol. 35, nr. 1, p. 19–30.

V.

Scrisul și reziliența

Corinne Benestroff

O recenzie a publicațiilor ce fac referire la posibilele legături între practicarea scrisului și reziliență scoate în evidență o multitudine de lucrări despre joncțiunea dintre scris și învățare, în special în ceea ce privește amploarea socială și educativă a factorilor de risc și de protecție, în timp ce studiile mai recente au în vedere importanța expresivității (Cooper, 2002; Cyrulnik și Pourtois, 2007). În acest capitol al *Tratatului de reziliență asistată* ne vom focaliza asupra câtorva dintre întrebările care apar atunci când explorăm teritoriile scrierii: cum se trece de la scrierea despre sine la scrierea-tratament? Scrisul poate trata cele mai grave răni? Scrisul acționează întotdeauna ca un factor de protecție? Participă el la procesele de cicatrizare a traumei și de renaștere a rezilienței? Cum se trece de la o scriere a traumei la o scriere rezilientă?

De la scrierea despre sine la scrierea-tratament

Scrierea despre sine

Dacă recursul la expresivitate facilitează însușirea cunoștințelor (Cooper, 2002), așternerea pe hârtie a ceea ce este intim poate constitui o pârghie, un mecanism de eliberare cu valoare sublimatoare?

„Cu toții avem nevoie de o poveste pentru a exista", scrie Serres (2006, p. 47), afirmând supremația poveștii în constituirea identității și în susținerea umanității noastre. De la miturile fondatoare la autorevelări, literatura ne oferă centrarea[1] unui Eu agitat, care se construiește pe măsură ce se enunță.

Scrierea despre sine este polimorfă — carnete, fragmente, note, corespondență, jurnale, memorii, povestiri etc. — vagabondează, scapă încadrărilor

[1] Figură literară. În heraldică, *abyme* (în original), reprezintă centrul blazonului.

genurilor literare. Aceste opere hibride germinează de la un capăt la altul. Mult timp strivite de supremația romanului, ele ies acum din conul de umbră grație lucrărilor lui LeJeune (1975) și ale lui Gusdorf (1991). Întreținând raporturi diferite cu cronologia și destinatarul, aceste scrieri se structurează în jurul unui proiect de dezvăluire a Eului în miezul experiențelor trăite. Această scriere despre sine, înfloritoare în rândul scriitorilor, se referă și la scribii[1] care pun mâna pe pană, desfășurând întreaga materie primă a zilelor, toate pliurile existenței (Barthes, 2006).

Exercițiul solitar poate fi și colectiv, așa cum o arată reușitele atelierelor literare. Acestea din urmă propun jocuri, sub forme mai mult sau mai puțin structurate: scriere sub constrângere (Oulipo[2]), lucru asupra genului, stilului, exerciții de descriere, dialoguri. În Franța, Perrat, animator al unui atelier de scriere, propune următoarea definiție: *„Noi lucrăm asupra creativității, încercăm să reînsufletim imaginația"*.[3] Koehl vorbește despre *„o cură de imaginație"*[4]. Mercat-Maheu, ea însăși animatoare a unor ateliere de scriere, vorbește despre deschiderea „unui acces la spații din sine *ignorate de sine [...] pentru a produce texte"*[5].

Creații individuale sau colective, jocurile de scriere permit punerea în scenă a imaginarului în cadrul unei circularități a schimburilor: sine pentru sine, pentru celălalt, cu celălalt. Dacă animatorii întrebați percep uneori emoții foarte puternice la participanții lor, ei se feresc de orice interpretare și se concentrează asupra tehnicilor de scriere.

Punându-și întrebări despre această dorință de scriere autobiografică, Frioul (2003) ajunge la următoarele concluzii: căutarea paradisului pierdut al copilăriei, goană după amintire și luptă împotriva uitării, pentru care jurnalul este emblematic. Pontalis numește aceste caiete *„[...] Un ajutor pentru memorie"*, *„un fel de carte a rațiunii"* sau *„o contabilitate a zilelor, cu lungi răstimpuri"*, care asigură *„o permanență fragilă a Eu-lui de-a lungul anilor"*. (2002, p. 25, 26).

Acești pasionați de scris sunt reuniți în diverse asociații. *Asociația Récits de vie* (*Povești de viață*) își asumă, de asemenea, o practică exclusiv creatoare. *Asociația pentru autobiografie și patrimoniul autobiografic* colectează, conservă și

---

[1] Limbajul desemnează prin scriitor o funcție, iar prin scrib, o activitate. Desigur, este posibil să fii ambele. Pentru scriitor, a scrie devine un imperativ categoric: „el trebuie să scrie", el vrea să acționeze asupra limbii.

[2] Oulipo: Atelier de literatură potențială (1960), Asociație fondată de F. le Lionnais și R. Queneau.

[3] P. Perrat, *Comunicare personală*, iulie 2010. Deși dislexic, Perrat, autodidact, predă astăzi stilistică jurnaliștilor profesioniști.

[4] J. Koehl, Animator de ateliere de scriere. *Comunicare personală*, 26 iulie 2010.

[5] I. Mercat-Maheu, *Comunicare personală*, 25 octombrie 2010 (cf. *Histoires d'écriture*, 2009).

pune la dispoziție texte autobiografice. Până acum au fost depuse 2 000 de texte[1]. Domeniul lor de internet, *Autopacte*, prezintă scrieri teoretice și povestiri. Dacă aceste practici au virtuți terapeutice, ele nu și le revendică, uneori chiar apărându-se de o astfel de interpretare.

Scrierea-tratament

Având în vedere că scrisul participă la construirea subiectului, ne putem imagina oare recomandarea unui tratament prin scris?

Studiile asupra scrisului expresiv tind să circumscrie această problematică. Teza lui Cooper (2002) ilustrează legăturile între expresie, factori de risc și reziliență. Evaluând nivelul de expresivitate la copii, ea scoate în evidență corelația dintre expresivitate, mediul familial, nivelul de alfabetizare și reușita școlară. Cu cât este mai ridicat nivelul de expresivitate, cu atât sunt mai diminuați factorii de risc. Punerea în cuvinte a emoțiilor și sentimentelor va influența instaurarea procesului de reziliență.

Scrierea-tratament și maladiile somatice

Ocolul prin zona tratamentului somatic este revelator. Pornind de la același postulat, studiul lui Gillis și Lumley (2006) demonstrează virtuțile terapeutice ale scrisului expresiv la subiecții atinși de fibromialgie. Rata de ameliorare corelează cu capacitățile de exprimare emoțională. Studiile lui Pennebaker (1998) pun în lumină rolul major al exprimării asupra funcționării somatice. A scrie 20 de minute timp de trei sau patru zile ar duce la întărirea sistemului imunitar. Descrierea în scris a evenimentelor stresante are, de asemenea, efecte asupra simptomelor astmatice (Smith, Stone, Hurewitz, Kaeli, 1999). Pentru a studia mecanismele puse în joc, Salesse le propune adolescenților atinși de o maladie cronică să scrie prin intermediul unui site de internet securizat sau pe hârtie: *„Acești tineri descoperă adesea scrisul. Cuvintele devin mai puternice, tocmai pentru că subiecții știu că eu le primesc și le citesc."*[2] Cornet utilizează uneori scrisul cu pacienții săi, servindu-se de note scrise pe

---

[1] Autorii sau prepușii lor își trimit textul în două exemplare certificând natura autobiografică și indicând condițiile de consultare dorite. Textele citite de comitetele de lectură fac obiectul unei dări de seamă în revista *Le Garde-mémoire*.

[2] Pr. Salesse M., *Comunicare personală*, 20 august 2010. Cercetare randomizată aflată în curs — Spitalul Sainte-Justine — Montreal.

marginea jurnalelor alimentare: *„Acesta e un pretext de a reda reprezentarea mesei, emoţiile momentului"*.[1]

Nu pot fi enumerate aici toate lucrările care au drept finalitate demonstrarea aceluiaşi lucru: scrisul ajută la tratarea unui mare număr de maladii somatice. Unii bolnavi simt intuitiv şi înfruntă boala prin intermediul scrisului. Lagarde a început să-şi ţină jurnalul însoţit de fotografii odată ce a aflat că suferă de un cancer la sân. Pentru ea, scrisul este un *„însoţitor"*[2].

Practica este străveche, literatura sinelui ne oferă o multitudine de exemple celebre: Montaigne şi a sa *„maladie mortală"*, T. Bernhard şi tuberculoza sa, F. Zorn şi cancerul său. Aceşti autori îşi descriu boala, analizează transformările pe care le impune, le caută cauza. Aceste autobiografii (Grisi, 1996) ne vorbesc din interior despre modalităţile defensive împotriva bolii. Scrisul compensează rana narcisică: *„Prin autobiografie, autorul execută portretul realcătuit al bolnavului, pentru a deveni una cu imaginea sa din nou întregită"* (Grisi, 1996, p. 216).

Se aplică această *„paradigmă a scrierii expresive"* (Pennebaker, 2004) şi maladiilor sufletului?

Scrierea-tratament şi maladiile sufletului

Scrisul a fost utilizat ca instrument diagnostic de Esquirol (1836), fiind apreciat şi de Lacassagne, părintele antropologiei criminale, care le recomanda deţinuţilor scrisul autobiografic (Chaveyriat-Dumoulin şi Gaulmyn, 2004). Studiul acestor scrieri permitea pătrunderea în universul psihic al deţinutului sau bolnavului mental şi chiar depistarea disimulării (Rogues de Fursac, 1903).[3]

Astăzi, în Franţa, majoritatea instituţiilor psihiatrice a recurs la medieri culturale. Psihoterapia instituţională şi-a înscris acolo literele de aur (Bonnafé, 1987). Nu poate fi recenzată aici multitudinea practicilor. Să menţionăm exemplul Spitalului Santos-Dumont, care le propune tinerilor participanţi psihotici o şcolarizare la libera alegere, cuprinzând *„un discurs despre diferenţierea sexelor, despre viaţa instinctuală, într-un cuvânt, un discurs despre corp"* (Gaetner, 1983, p. 65). Lectura şi scrisul enunţă universul îmbucătăţit al

---

[1] *Comunicare personală*, 3 august 2010. Pr. P. Cornet predă la Universitatea P. et M. Curie — Paris.

[2] E. Lagarde, *Comunicare personală*, 24 octombrie 2010. Cf. *La Traversée imprévue — adénocarcinome* (2010).

[3] „Mulţi bolnavi mental reticenţi, care îşi ascund gândurile în timpul unei conversaţii, nu ezită să le încredinţeze hârtiei" (p. 92).

copilului psihotic. Aluziile scatologice, agresive, delirante servesc drept bază a învățării și participă la construirea Eului.

Aplicațiile abundă în domeniul psihoterapeutic și se prezintă sub forme orginale, cu precădere în Stale Unite.

Practicile narative

Progoff a stabilit un protocol de terapie prin redactarea unui jurnal de inspirație jungiană: *The Intensive Journal Process*. Subiectul dispune de un dosar împărțit în secțiuni (visuri, muncă, familie, relații amoroase, viață interioară etc.), în care poate scrie. Aceste povestiri joacă rolul de fir călăuzitor în cadrul explorărilor, de mediatori între interior și exterior. Povestirile sunt citite și comentate în grup (*Feed-back Method*) (Juline, 1992).

Inspirându-se din relația de ajutor a lui Rogers, aplicațiile narative elaborate de White (2003) incită pacientul să enunțe scenariile posibile, pornind de la povestea sa de viață. Terapia seamănă cu traversarea unui teritoriu: naratorul-pacient conduce, practicianul ghidează. Povestirile, cu personaje reale sau fictive, devin tot atâtea piste de explorat.

Aflat într-o dispoziție mai literară, Hynes a creat în 1974 *The Poetry Therapy* (terapia prin poezie), care combină utilizarea literaturii cu ținerea unui jurnal, deoarece, după unii autori, scrierea poeziei ar avea efecte anxiolitice autocalmante (Tégné, Fox, Robin și Thorne, 2009). În aceste exemple, scrierea ghidată despre sine este considerată o adevărată psihoterapie.

Scrierile despre sine, sub toate formele lor, sunt utilizate deci ca o terapie ce vizează ameliorarea simptomelor și dezvoltarea subiectului. Inclusiv domeniul formării profesionale recurge la acesta. În spiritul lui Bourdieu (1993), care a realizat o radiografie a Franței cu povestirile sale, sociologii clinicieni (Bonetti, Fraisse și Gaulejac, 1987) pun laolaltă povestiri de viață, formare profesională și cercetare. Scrierile despre sine structurează achiziția cunoștințelor: elevi și profesori redactează lucrări în care își prezintă genealogia, itinerarul profesional, proiectul. Ansamblul este analizat cu instrumentele sociologiei clinice. Această abordare este foarte răspândită în Canada, cu precădere în domeniul asistenței sociale[1]. În Franța, Cornet asociază literatura și filosofia în predarea medicinei:

---

[1] Există o rețea în regiunea Québéc pentru studiul istoriilor de viață (RQPHV) și o Asociație internațională a poveștilor de viață în formare (ASIHVF).

Cum se abordează consolarea în maniera lui Seneca sau chiar în maniera lui Montagne? [...] tratamentul este, de asemenea, un discurs. Despre rostirea cuvântului potrivit este vorba, atât în procesul terapeutic, cât şi în scris[1].

Biblioterapia

Dacă scrisul poate structura cele învăţate şi poate trata, cititul are un efect similar. Acesta este pariul unui librar londonez, care oferă un catalog de lecturi terapeutice adaptate simptomatologiei clientului.

Cuvinte pentru a trata stările de rău, pentru a rupe solitudinea şi izolarea în faţa bolii, acestea sunt şi propunerile pe care asociaţiile de bolnavi le adresează membrilor lor. Cartea devine o oglindă, o sală a ecoului şi uneori o trambulină. Cornet, de exemplu, practică biblioterapia. Vizitând o pacientă foarte deprimată, el o găseşte închisă în sine, imobilă, înconjurată de cărţi pe care nu le mai citeşte, abandonată de vechea ei pasiune. Cum ea refuză orice tratament, la următoarea consultaţie el îi aduce o carte din biblioteca sa:

[...] a o trata cu o carte, iată ce idee am avut pentru a o ajuta pe Madeleine. O carte drept modest mijloc de a-i uni trecutul, la care renunţase fără umbră de regret, cu un viitor pe care nu dorea să şi-l asume. Am întrebat-o dacă vrea s-o citească, pentru ca apoi s-o discutăm împreună.[2]

Terapia începe cu *Frumoasele din pădurea adormită* (Kawabata, 1960), poveste care propune o reflecţie asupra contemplării forţate, a nesatisfacerii pasiunilor. Istoria acestor femei captive în somn se aseamănă cu aceea a Madeleinei, blocată în depresie. Suport al relaţiei terapeutice, cartea, obiect tranziţional, materializează reluarea unei investiri libidinale: *„Ar putea Kawabata să fie cel mai slab dintre remedii, primul?"*[3] Astfel, Cornet se alătură lui Anzieu, care scrie: *„Lectura, alături de prietenie, reprezintă una dintre cele mai sigure contribuţii la travaliul doliului"* (1981, p. 47).

Prin prisma acestor experienţe, scrisul şi lectura par a fi remedii puternice. Ambele par să favorizeze procesul de distanţare faţă de simptom şi să reanime capacităţile creatoare. Funcţionează ele în cazul traumei?

---

1 P. Cornet, *Comunicare personală*, 3 august 2010.
2 P. Cornet, cf. nota 13.
3 P. Cornet, cf. nota 13.

Scriere şi traume

Boala, rănile din copilărie dau, de asemenea, naştere unui mare număr de scriitori (Leroux-Hugon, 2004)[1] care înfruntă nucleul melancolic al traumei.

Scriere şi nucleu melancolic

Studierea biografiilor scriitorilor dezvăluie legăturile strânse dintre nucleul melancolic şi creaţie. *„De ce rana dă, de departe, cele mai bogate roade?"*, se întreabă poetul René Char (1953, p. 45). Această întrebare, care de la Aristotel şi până la Anzieu (1981) nu şi-a găsit încă răspunsul, se referă la scrierea care cochetează cu pierderea, uitarea, dispariţia, declinând multiplele figuri ale durerii, doliului, durerii şi spaimei. Astfel, Reutchnik, Haynal şi Senarclens, constatând prevalenţa orfanilor printre oamenii celebri, subliniază *„importanţa mecanismelor de doliu şi a restaurării distrugerilor sau pierderilor interioare prin creaţie"* (1978, p. 245).

Deci din aceste matrici melancolice ia naştere scrisul. Impulsul creator apare pe parcursul crizelor de dezvoltare şi se articulează cel mai adesea cu anumite evenimente (doliu, separări, îmbolnăviri, traume)[2] (Anzieu, 1981, p. 93–211).

Forest (2004) îşi construieşte opera pornind de la durerea pierderii unui copil. El regăseşte aceeaşi problematică la Dostoievski, Faulkner, Malraux (Forest, 2010). Deoarece romanul pune în scenă omuciderea, moartea copilului creează o poetică a doliului. Scandalul declanşat de moartea copilului structurează opera acestor autori[3].

Nucleul melancolic care hrăneşte scrierea este activ şi în cazul unor traume colective. Victimele traumelor ne propun descrieri fantomatice, îngheţate, care încearcă să exprime şi să împărtăşească un alt plan al realului. Ele transmit mesaje enigmatice, generate de „inconştientul extirpat" (Davoine şi Gaudillière, 2004, p. 103), pe care ştiinţa medicinei nu le poate auzi.

---

1 Cf. Anaut (2002).

2 Anzieu descrie cinci etape ale procesului creator:
- impulsul creator;
- conştientizarea reprezentărilor psihice inconştiente
- stabilirea unui limbaj şi corporalizarea lui;
- compunerea operei;
- materializarea operei.

3 Dostoievski, Faulkner şi Malraux scriu opere importante ulterior decesului unui copil.

Cum oralitatea este privilegiată de tendința formelor clasice de psihoterapie individuală sau de grup (Dewey, 2004) și a psihanalizei[1] de a culege povestiri (Hatzfeld, 2008), scribii și scriitorii își însușesc ei înșiși forțele scrierii.

Scrierea traumei

Spaima provocată de șocul traumatic destructurează subiectul, resuscitează nucleul melancolic și impune o rearanjare defensivă. Această criză este însoțită în general de o serie de simptome descrise pe larg în literatura psihiatrică. În acest context apare scribul sau scriitorul.

Aidoma lecturii, care poate genera nebunia[2] prin *„identificare romanescă"* (Foucault), transformându-ne într-un Don Quijote care se luptă cu himerele, (Rosellini[3], 2006), scrisul suscită uneori o întâlnire prea dureroasă cu trauma. Deportații Tomkiewicz și Semprun au trăit această experiență. A nu scrie devine pentru ei o necesitate vitală: *„Fie voi începe să scriu despre ghetou și mă voi prăbuși imediat după aceea, fie mă voi îndrepta fără ezitare spre viitor."* (Tomkiewicz, 1999, p. 211). Iar Semprin alege *„tăcerea arzătoare a vieții în locul limbajului ucigător al scrisului"* (1994, p. 235). Întrucât scriind, adică *„jucându-te cu focul"* (Anzieu, 1981, p. 62), există riscul de a te îmbolnăvi (Green, 2004), de a cădea în melancolie, de a rătăci în *„crochiurile șterse"* ale Eului-piele (Anzieu, 1985, p. 104), de a te pierde într-un scris compulsiv. Grafomania poate deveni un infern narcisic.

Atunci, se observă adesea o oprire a capacității de a scrie. Scrisul devine un persecutor introiectat, care dezorganizează intricarea pulsională. Anumiți autori, scrie Bayard (2005), ar avea chiar o presimțire în acest sens, reprezentând evenimente neîntâmplate încă. Accesul la zone arhaice interzise antrenează o regresie masivă, care determină uneori dispariția subiectului. Sinuciderile lui Celan, Levi, Bettelheim și Améry pot fi interpretate în lumina ravagiilor provocate de această deferecare pulsională.

Dar cel mai adesea funcțiile scrierii sunt protectoare, eliberatoare, reparatoare, uneori simultan.

---

[1] Centrul Primo Levi (Paris), specializat în tratarea victimelor torturii, confirmă absența medierii terapeutice prin artă sau scris. Comunicare telefonică, august 2010.

[2] Cf. Davoine (2008).

[3] Rosellini studiază tema cititorului ajuns nebun, care nu mai face deosebirea dintre ficțiune și realitate. Don Quijote este figura emblematică a acestei situații.

În timpul șocului: scrierea protectoare

Subiectul destabilizat de violența destructurantă a șocului traumatic se reface prin scris, care îmbracă diferite forme — corespondențe, note, fragmente, jurnale intime, graffiti, eseuri. Grație modificării mecanismelor de apărare (refulare, negare, clivaj), el se retrage din câmpul experienței dureroase și restabilește sentimentul continuu al existenței. Numeroasele scrisori ale soldaților o dovedesc[1]. A se retrage în sine, a suspenda teroarea, a anula întâlnirea cu moartea, a regăsi prin scris viața de dinainte.

Astfel, soldatul Armand, mobilizat în 1914, este cantonat într-o gară. Primul său impuls este acela de a ține un jurnal. Cum nu se întâmplă niciodată nimic, el copiază lungi pasaje din ziare, îi invocă pe Dumnezeu și pe Mama Patrie și privește cum trec trenurile. Acest tată de familie trăiește spaima de la distanță. Printre pagini, el strecoară informații din cercetare, necroloage. Departe de front, el încearcă un doliu anticipat. Scrisul său, mormânt al camarazilor morți, anulează moartea probabilă care îl așteaptă[2].

A scrie chiar în toiul situațiilor extreme este un act de rezistență. Dispunem astfel de o serie de documente, notițe făcute la cald, pergamente duse de vânt, care descriu alfabetele enigmatice ale universului concentrațional. Ascunse în saltele de paie, în pereți despărțitori, îngropate, așa cum au fost manuscrisele *Sonderkommandos* la Auschwitz[3] (2005), ele stau mărturie pentru această pulsiune de a scrie cu riscul vieții. Aceste scrieri au la bază dorința de a lăsa ceva în urmă suspendând, în același timp, sentința cu moartea. În universul concentrațional, unde moartea este unica promisiune, pentru a scrie, chiar dacă o singură persoană ține condeiul, este nevoie de o complicitate colectivă[4].

Scrisul determină ridicarea unui Eu ce sfidează durerea și teroarea: *„M m-a inventat, iar el m-a inventat în obscuritate"*, scrie, de asemenea, Liscano (2007), explicându-și intrarea în lumea condeiului pe parcursul încarcerării sale în Uruguay, unde a fost torturat: *„A fost o perioadă de nebunie. Capul îmi era într-un clocot continuu, plin de literatură, de cuvinte, planuri de cărți"* (p. 7, p. 49). În timpul șocului, scrisul recreează un spațiu tranzițional, o zonă a iluziei (Winnicott, 1951–1953/2003).

---

1 Acestea constituie un fond foarte bogat, încă neexploatat în totalitate.

2 *Carnet de guerre* (*Caiet de război*). 206 pagini. Biblioteca orașului Paris, cotă provizorie 5434. Inedit.

3 *Sonderkommandos* erau brigăzi care se ocupau de funcționarea camerelor de gazare. Scrisul era pasibil de pedeapsa cu execuția imediată.

4 Cf. *Les poèmes de Buchenwald* (Verdet, 1995) (*Poeziile de la Buchenwald*) și *Une opérette à Ravensbrück* (*O operetă la Ravensbrück*) (Tillion, 2005).

După șoc: scrierea eliberatoare

Mărturiile supraviețuirii se înscriu în seria de povestiri ale *katabasis*-ului[1]. Așa cum Orfeu, Ulise, Enea coboară în infern, apoi se întorc de acolo, scribii sau scriitorii se confruntă cu matricea mortiferă a experienței lor. Levi (1958), Rousset (1965) și Antelme (1957) își descriu deportarea în graba și beția unei *„decolări creatoare"* (Anzieu, 1981, p. 74). *„Cred că am căzut pradă cu toții unui veritabil delir. Voiam să vorbim, să fim, în fine, auziți"*, scrie Antelme (1957, p. 9).

Dacă această scriere se supune obligației testimoniale, ea permite evacuarea elementelor traumatice. Ușurarea este cel mai adesea de scurtă durată, întrucât cuvântul adresat explicit celuilalt cade în *„tăcere așa cum cade în gol"* (Semprun, 1994, p. 145), așa cum explică și scriitorul Bialot, deportat la Auschwitz: *„La întoarcerea mea, nu am fost întâmpinat cu «tăcere», ci cu un fenomen de surditate din partea celorlalți. [...]Am încercat să scriu imediat. Două volume scrise la cald și aruncate la pubelă."*[2] Aceste informații despre *„reziduuri și epave"* (Stern, 2004, p. 108), pe care nimeni nu le vrea, sunt redirecționate către expeditor[3]. Recepționarea aceasta imposibilă redeschide adesea rana, pentru un timp mai scurt sau mai îndelungat. Totuși, *„lucrurile care nu pot fi spuse trebuie scrise"*, afirmă Forest (2010).

Perioade de latență și scriere reparatorie

Contrar exemplelor citate, anumiți scriitori și scribi nu-și descriu experiența decât după mult timp. *„Timp de mai mulți ani, nu m-am ocupat absolut deloc de Auschwitz. Am uitat totul cu scrupulozitate și a mers"*, povestește Kertesz (1999, p. 87). Acesta este și cazul lui Klüger, Charpak, Tomkiewicz, Bialot și Semprun, pentru a nu cita decât câțiva. Așadar, ce au făcut ei între timp?

Fiecare în felul lui s-a dedicat supraviețuirii, lăsând temporar deoparte descrierea experienței traumatice. Deci toți s-au înscris pe traiectorii sublimatoare înainte de a scrie. Creația îi atinse în amurgul vieții lor, după consolidarea Eului, acționând prin delimitare și ridicarea progresivă a cenzurii[4].

Abordarea nucleului traumatic se poate face și indirect, prin cercetare, așa cum scrie Eshet, profesor de psihologie în Israel. Grav rănit în timpul

---

1 *Katabasis* (*gr.*), semnifică o coborâre, o retragere. (*N.t.*)

2 Joseph Bialot, *Comunicare personală*, 26 iulie 2010.

3 S. Veil, C. Delbo, S. Tomkiewicz, R. Klüger, B. Bettelheim descriu aceste reacții ale publicului.

4 J. Bialot își povestește la 79 de ani experiența avută la Auschwitz, după ce își publicase primul roman la vârsta de 55 de ani.

războiului de la Kippour, hemiplegic, nu mai poate vorbi și scrie și este nevoit să învețe totul din nou. El concepe atunci metode de învățare pentru cei traumatizați, scrie articole și se angajează în scrierea unei cărți în care își descrie experiența. Subliniază forța vindecătoare pe care o are scrierea pentru el și familia sa[1].

Funcțiile protectoare, eliberatoare, reparatoare ale scrierii se înrădăcinează într-o rețea polisemantică a proceselor de reziliență în sânul activităților sublimatoare. Astfel, nu este de mirare că e privită ca o terapie în cazul bolilor și al traumelor. Aceasta este propunerea făcută de *Real Warriors*[2] veteranilor americani, încurajați să țină un jurnal și să-l împărtășească tovarășilor lor. În Rwanda, strângerea mărturiilor, punerea lor pe hârtie, contribuie la recunoașterea genocidului (Sagarra Martin, 2009) și recreează posibilitățile unui trai comun. Cronica judiciară are, de asemenea, propria contribuție (Paradelle, 2009).

Concluzie: scrierea, o enigmă?

La finalul acestui parcurs, suntem obligați să constatăm că misterul se adâncește. Dacă majoritatea autorilor sunt de acord că scrisul are efecte indiscutabile asupra corpului și spiritului, alchimia procesului rămâne în mare parte indescifrabilă. Două tabere se opun: prima consideră scrierea o terapie[3], a doua o consideră ca pe ceva suplimentar, un obstacol în calea terapiei, întrucât generează o competiție între cele două domenii (Tisseron). Se poate argumenta însă că scrierea și terapia nu sunt două domenii concurențiale, psihanaliza născându-se, de altfel, dintr-o autobiografie (Freud, 1900/2010).

Diferitele valențe ale scrierii pun în discuție definițiile psihoterapiei, locul și funcția terapeutului, felul în care folosește el scrierile pacientului. Ce statut au aceste scrieri? Cui aparțin, în definitiv? Care sunt semnificațiile lor transferențiale și contratransferențiale? În fața acestui amalgam de întrebări, Pennebaker (2004) nu poate decât să constate complexitatea paradigmei scrisului, împiedicând realizarea unui model teoretic unitar.

---

1 Yoram Eshet: *„The writing process was most unique positive experience of dealing with these traumatic events from a new perspective and giving them new meanings"*. *Comunicare personală*, 1 august 2010.

2 Cf. http://www.realwarriors.net/veterans/treatment/journaling.php (Aid Resilience by Writing, publicat în data de 30 decembrie 2010).

3 Idem, *Les pratiques narratives*.

Ansamblul experienţelor citate deschide perspective de cercetare şi aplicaţii practice în numeroase domenii: educaţie, tratamente fizice, psihoterapii, tratamentul traumelor.

- Studiile despre scrierea traumei subliniază necesitatea unei formări a cercetătorilor şi practicienilor, a unei explorări pluridisciplinare, neapărat rizomică. Întrucât aceste scrieri se nasc din violenţe extreme, din „zone ale catastrofei" (Davoine şi Gaudillière, 2004, p. 30) ele modifică însăşi structura limbajului, zdruncină arhitectura reprezentărilor noastre. Texte neclasificabile, ele luminează zonele umbroase dintre cele două lumi şi necesită instrumente novatoare, care să poată revela *„un gând despre opacitatea lumii"* (Glissant, 1986). Aceste instrumente care urmează a fi inventate ar putea autoriza o înţelegere mai subtilă a rolului scrierii ca tutore de rezilienţă, cuprinzând dimensiunile inconştiente individuale şi colective.
- Cercetările longitudinale ar putea duce la înţelegerea rolului scrierii ca proces de dezvoltare, cu etapele sale regresive şi progresive, ca element al unui echilibru psihosomatic.
- Ocupându-se de conţinutul manifest al textului scris, cadrul teoretic al cercetărilor citate elimină adesea psihanaliza şi cercetarea literară. Totuşi, studiul conţinutului latent al producţiilor, formelor pe care acestea le iau odată înscrise în limbaj, ar deschide alte căi de înţelegere.
- Efectele lecturii fiind în mare parte mai puţin studiate, cercetările efectuate asupra cuplului scriere/lectură ar putea măsura funcţiile sale autoliniştitoare, sublimatoare şi relaţionale, inclusiv în cadrul relaţiei terapeutice. Ce efect are textul scris/citit asupra pacienţilor şi terapeuţilor?
- Studiul legăturilor între scriere şi alte forme de expresie (arte plastice, scenice) ar permite o înţelegere dintr-un unghi diferit.

Scrierea despre sine, scrierea-tratament, scrierea traumei, această literatură despre sine, formează un caleidoscop de relatări. Nomadismul, proliferarea lor, le atestă forţele vitale. Vectori ai unei transformări în acţiune, istorisirile şi ficţiunea participă deopotrivă la construirea proceselor de rezilienţă. Astfel, metamorfoza unei victime a genocidului rwandez în molie permite convocarea tuturor protagoniştilor dramei, simbolizarea celui ce nu poate fi numit, împărtăşirea experienţei (Semujanga, 2009). Deci istorisirile se pot recomanda în chip de tutori de rezilienţă.

Unica noastră salvare s-ar putea afla în spaima și în goliciunea suferinței. Atunci, aidoma lui Balzac, care, pe patul de moarte fiind, l-a chemat la căpătâiul său pe fictivul dr. Bianchon (Bricart, 1995, p. 35)[1], am fi și noi indubitabil salvați de creaturi din hârtie, poate chiar ale noastre?[2]

Bibliografie

Anonimi (2005), *Des voix sous la cendre, Manuscrits des Sonderkommandos d'Auschwitz-Birkenau*, Paris, Calmann-Lévy/Mémorial de la Shoah.

Anaut M. (2002), Résilience, transmission et élaboration du trauma dans l'écriture des enfances blessées, *Perspectives psychiatriques*, vol. 41, nr. 5, p. 380–388.

Antelme R. (1957), *L'Espèce humaine*, Paris, Gallimard.

Anzieu D. (1981), *Le Corp de l'œvre*, Paris, Gallimard.

Anzieu D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

Barthes R. (2006), *Eseuri critice*, Editura Codex, București.

Bayard p. (2005), *Demain est écrit*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Bonetti J., Fraisse J., Gaulejac V. (de) (coord.) (1987), „Que faire des histoires de familles? Ou roman familial et trajectoire sociale", *Le groupe familial*, vol. 96, iul.-sept.

Bonnafé L. (1987), *Art et thérapie*, vol. 22–23, p. 18–23.

Bourdieu P. (coord.) (1993), *La Misère du monde*, Paris, Seuil.

Bricart I. (1995), *Dictionnaire de la mort des grands hommes*, Paris, Le Cherche Midi.

Char R. (1953/2007), *Lettera amorosa*, Paris, Gallimard.

Chaveyriat-Dumoulin C. și Gaulmyn M. (de) (2004), „Lacassagne, le prescripteur d'ecrits autobiographiques", *La Faute à Rousseau*, vol. 36, p. 74.

Cooper C.R. (2002), *Who are those writers? An Explorations of the Connections between Expressiveness in Children's Writing and Their Psychological Profiles*, Thèse de Doctorat, Harvard University. Umi Microform 3041074.

Cyrulnik B. și Pourtois J.-P. (coord.) (2007), *École et résilience*, Paris, O. Jacob.

Davoine F. (2008), *Don Quichotte, pour combattre la mélancolie*, Paris, Stock.

Davoine F. și Gaudillère J.-M. (2004), *Histoire et trauma. La folie de guerres*, Paris, Stock.

Dewey L. (2004), *War and redemption. Treatment and Recovery in Combat-related Post-traumatic Stress Desorder, Burlington*, Ashgate.

Esquirol M. (1836), „Exposé de l'état psychique d'une femme hypocondriaque: extraits de lettres communiqués par M. Esquirol", *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, Paris, vol. XVI, p. 197–205.

Flaubert G. (1857/2007), *Madame Bovary*, Editura Art, București.

[1] *„Chemați-l pe Bianchon, numai Bianchon m-ar putea salva!"*

[2] Transmitem toate mulțumirile noastre lui Joseph Bialot, Philippe Cornet, Yoram Eshet, Jacky Kochl, Estelle Lagarde, Martine Levy, Isabelle Mercat-Maheu, Daniel Perrat, Michele Salesse, pentru informațiile furnizate.

Freud S. (1900/2010), *Interpretarea viselor*, în *Opere esențiale*, vol. 2, Editura Trei, București.

Frioul R. (2003), „Le désir d'autobiographie", Conferință susținută la Universitatea M. Bloch, 7 martie 2003.

Gaetner R. (1983), *Le Corps mis en mots. Scolarité et psychoses*, Neuchâtel, Paris, Delachaux et Niestlé.

Gillis M.E., Lumley M.A., Mosley-Williams A., Leisen J.C.C. și Roehrs T.A. (2006), The health effects of at-home written emotional discloser in fibromyalgia: a randomized trial, *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 32, nr. 2, p. 135–146.

Glissant É. (1986), *Introduction à une politique du divers*, Paris, Gallimard.

Green A. (2004), *La lettre et la mort, promenade d'un psychanalyste à travers la littérature: Proust, Shakespeare, Conrad, Borges*, Paris, Denöel.

Grisi S. (1996), *De l'intimité des maladies de Montaigne à Hervé Guibert*, Paris, Desclée de Brouwer.

Gusdorff G. (1991), *Les Écritures du moi*, Paris, O. Jacob.

Hatzfeld J. (2008), *Dans le nu de la vie. Récits de marais rwandais*, Paris, Seuil.

Juline K. (1992), The intensive journal process: A path to self discovery, *Sciences of Mind Magazine*, iulie, 1–6.

Kawabata Y. (1960/1970), *Les Belles endormies*, Paris, Albin Michel.

Kertész I. (1999), „Le vingtième siècle est une machine à liquider permanente", în C. Coquio (coord.), *Parler des camps, penser les génocides*, Paris, Albin Michel, p. 87–92.

Lagarde E. (2010), *La Traversée imprévue. Adénocarcinome*, Paris, La Cause des Livres.

Lejeune P. (1975), *Le Pacte autobiographique*, Paris, Seuil.

Leroux-Hugon V. (2004), Écrire sa maladie, *La faute à Rousseau*, APA, vol. 36, p. 35–36.

Levi P. (1958/2004), *Mai este oare acesta un om?*, Editura Polirom, Iași.

Liscano C. (2007/2010), *L'Écrivain et l'autre*, Paris, Belfond.

Mercat-Maheu I. (2009), *Histoire d'écriture*, Paris, La Cause des Livres.

Mesnard P. (2007), *Témoignage en résistence*, Paris, Stock.

Mouchard C. (2007), *Qui si je criais? Œuvres-témoignages dans la tourmente du XX^e siècle*, Paris, Éditions Laurence Teper.

Paradelle M. (2009), Le récit judiciaire de l'anéantissement: La force des mots du droit pour transmettre le génocide, în Martin C. Sagarra (coord.), *Le Génocide des Tutsi, Rwanda, 1994, lectures et écritures*, Québec, PUL.

Pennebaker J.W. (1998), The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1264–1272.

Pennebaker J.W. (2004), Theories, Therapies and Taxpayers: on the Complexities of the Expressive Writing Paradigm, *Clinical Psychology: Sciences and Practice*, vol. 11, nr. 2, p. 138–142.

Pontalis J.-B. (2002), *En marge des jours*, Paris, Gallimard.

Reutchnik P., Haynal A. și Senarclens P. (1987), *Les Orphelins mènent-ils le monde?*, Paris, Stock.

Rosellini M. (2009), La bibliothèque de Don Quichotte et ses avatars français au XVII[e] siècle, *Bibliothèques et collections*, Artois, Presse Université, p. 245–260.
Rogues de Fursac J. (1903), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Alcan.
Rousset D. (1965/2003), *L'Univers concentrationnaire*, Paris, Hachette.
Semprun J. (1994), *L'Écriture ou la vie*, Paris, Gallimard.
Semujanga J. (2009), Par delà l'innommable la littérature. La phalène des collines de Koulsy Lamko, în Martin C. Sagarra (coord.), *Le Génocide des Tutsi. Rwanda, 1994, lectures et écritures*, Québec. PUL.
Serres M. (2006), *Récits d'humanisme*, Paris, Éditions Le Pommier.
Smyth J.M., Stone A., Hurewitz A. şi Kaeli A. (1999), Writing about stressful events produces symptom reduction in asthmatic and rheumatoid arthritics: A randomized trial, *Journal of American Medical Association*, vol. 287, p. 1304–1309.
Stern A.L. (2004), *Le-Savoir-déporté, Camps, histoire, psychanalyse*, Paris, Seuil.
Tegné A., Fox J., Robin P. şi Thorn P. (2009), Evaluating the use of poetry to improve well-being and emotional resilience in cancer patients, *Journal of Poetry Therapy*, vol. 22, nr. 3, p. 121–131.
Tillion G. (2005), *Une opérette à Ravensbrück, Le Verfügbar aux enfers*, Éditions de la Martinière.
Tomkiewicz S. (1999), *L'Adolescence volée*, Paris. Calmann-Lévy.
Verdet A. (1995), *Anthologie des poèmes de Buchenwald*, Paris, Éditions Tirésias.
White M. (2003), *Le Moyens narratifs au service de la thérapie*, Paris, Satas.
Winnicott D. W. (1951–1953/2003), *De la pediatrie la psihanaliză*, Editura Trei, Bucureşti.

Partea a doua

Adversități în plan individual și familial

Reziliență asistată și evenimente survenite pe parcursul copilăriei: maltratare, boală, divorț, decesul părinților și tulburări psihiatrice ale părinților

Colette Jourdan-Ionescu, Serban Ionescu,
Éveline Bouteyre, Maria Roth, Lynda Méthot,
Diana Vasile

Acest capitol oferă informații despre cinci situații cu caracter traumatizant care pot fi trăite de copii. Cercetarea în domeniul rezilienței ne-a învățat, totodată, că un anumit număr de copii din cei care trăiesc aceste situații se pot dovedi reziliențI. Pornind de la studierea proceselor răspunzătoare de dezvoltarea rezilienței acestor tineri, au fost elaborate tehnici și programe de intervenție care să construiască reziliența și să împiedice apariția tulburărilor psihice. Acest capitol — cel mai voluminos din *Tratat* — este consacrat deci prezentării unei largi palete de strategii de intervenție vizând reziliența asistată în situațiile de maltratare și de boală a copilului, divorț, deces sau tulburare a sănătății mentale a unuia dintre părinți.

Maltratarea

Definiția maltratării

Maltratarea[1] cuprinde tratamentele rele cărora le pot fi victime copiii: violența fizică, psihologică, neglijența, abuzul sexual, maltratarea instituțională,

[1] Termen apărut în limba franceză abia în 1987, conform *Le Dictionnaire historique de la langue française Robert* (http://agora.qc.ca/thematiques/inaptitude.nsf/Dossiers/Maltraitance, publicat online în data de 29 decembrie 2010).

faptul de a asista la violența conjugală[1] etc. Mai multe organizații (UNICEF, 2008; WHO, 2002) descriu pedepsele crude și umilitoare la care sunt supuși copiii încă de la vârste fragede, mutilarea genitală a anumitor fete, neglijarea copiilor atât în familiile sărace, cât și în cele înstărite, abuzul sexual intra- și extra-familial, implicarea copiilor în pornografie și prostituție, exploatarea prin muncă și traficul de copii, ca și alte forme de violență față de aceștia. În DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), conceptul de maltratare cuprinde trei entități principale incluse în *Alte situații care pot face obiectul unui examen clinic*: abuzul fizic (sau violența, cod T74.1), abuzul sexual (cod T74.2) și neglijența (cod T74.0). Primele două entități — abuzul fizic (violențe corporale precum pălmuirea, lovirea, arderea, de exemplu) și sexuale (atingeri, penetrări vaginale, sodomie etc.) — fac referire la comportamente inadecvate aplicate în mod neaccidental, adesea de către persoane care se află de obicei într-o poziție de autoritate față de copil. Neglijența, dimpotrivă, se referă la omiterea gesturilor necesare bunei dezvoltări a copilului (privind alimentația[2], îmbrăcămintea, igiena, stimularea și supravegherea). Aceste entități sunt adesea asociate (de exemplu, violența fizică coexistă adesea cu violența emoțională și cu neglijența). În studiul de caz 1 sunt prezentate elemente care se înlănțuie, pentru a alcătui o comorbiditate de maltratare.

Se poate spune că maltratarea se stabilește pe un continuum mergând de la absența maltratării la o maltratare extremă, pragul de la care se va vorbi de maltratare fiind subiectiv[3] și dependent de contextul sociocultural[4].

---

[1] Copiii martori ai violenței familiale sunt expuși și altor adversități, precum conflictele conjugale și familiale, abuzul de alcool al părinților, problemele personale ale părinților, un nivel socio-economic scăzut etc. (Herrenkhol, Sousa, Tajima, Herenkohl și Moylan, 2008).

[2] Neglijența alimentară presupune privarea de hrană, absența mai multor categorii de alimente esențiale creșterii (cum e laptele pentru sugari), frecvența foarte neregulată a meselor etc.

[3] Subiectiv, întrucât, în funcție de definiția care este dată educației adecvate și de durata maltratării (maltratare contextuală, având legătură cu un eveniment dificil de viață pentru părinți sau maltratare cronică în familiile al căror mod de viață este haotic și ale căror relații sunt dezorganizate, marcate de carențe și de confuzii de rol — maltratare adesea intergenerațională).

[4] Mutilarea tinerelor africane este percepută în Occident ca un abuz, în timp ce, în țara lor, reprezintă o tradiție care trebuie respectată. Comportamentele punitive ale anumitor familii de origine haïtiană sunt percepute în Canada ca maltratare, dar n-ar fi fost interpretate astfel la începutul secolului trecut, când pedepsele corporale reprezentau norma și în Canada.

STUDIUL DE CAZ 1

Comorbiditate pe parcursul dezvoltării unui copil maltratat

Un bebeluș este neglijat de părinții săi din cauza lipsei de experiență a foartei tinere sale mame și toxicomaniei părinților. Neglijența fizică și emoțională, atașamentul dezorganizat vor antrena o dezvoltare perturbată a relațiilor copilului. Disciplina va fi impusă inconstant, părinții fiind fie indisponibili din cauza drogului (când copilului îi este permis totul), fie rapid depășiți de situație (copilul este scuturat cu violență atunci când plânge). Crescând, copilul se poate revolta și poate fi supus violenței fizice și verbale. Supravegherea (tatăl fiind absent și mama depășită de situație) nefiind serioasă, mama va fi fericită când vecinul adult, celibatar, îl va invita pe copilul de nouă ani să-și petreacă seara și noaptea la el, ceea ce-l plasează pe acesta din urmă în contextul riscului de abuz sexual.

Date epidemiologice

În DSM-IV-TR nu sunt deloc prezentate date cu privire la prevalența maltratării. Aceasta reflectă lipsa de consens în legătură cu definițiile date formelor de maltratare, dificultatea de a evalua cu exactitate o formă de maltratare (dată fiind comorbiditatea) și impresia că numărul de cazuri declarat este cu mult mai mic față de situația reală (un număr considerabil de cazuri nefiind luat în considerare din lipsa probelor).

Conform raportului făcut pentru ONU de Pinheiro (2006), 53 000 de copii mor anual ca urmare a violenței, iar 150 de milioane de fete și 73 de milioane de băieți sub 18 ani au suferit abuzuri sexuale. Datele referitoare la incidența relelor tratamente în diferite țări — trebuie privite cu precauție, având în vedere diferențele în ceea ce privește definițiile maltratării și metodologiile folosite — diferă de la o țară la alta, mergând de la 2,7/1 000 în Anglia, la 12,7/1 000 în Statele Unite[1].

În Québec, în anul 2001, au fost luate în considerare jumătate din cele 50 000 de situații potențial periculoase semnalate Centrului pentru Tineri: 52% cazuri de neglijență, 32% tulburări de comportament ale copilului, 9% cazuri de rele tratamente, 5% cazuri de abuz sexual și 2% cazuri de abandon

[1] A se vedea tabelul comparativ (publicat în data de 28 decembrie 2010) la adresa de internet: http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/briefings/prevalencetable2_wdf49716.pdf.

al copilului (Geoffrion, 2003). În Statele Unite (US Department of Health and Human Services, 2007) au fost semnalate şase milioane de cazuri de copii, printre care 64% pentru neglijenţă, 16% pentru abuz fizic, 9% pentru abuz sexual şi 7% pentru violenţă psihică, mulţi copii fiind supuşi unor forme multiple de maltratare. În Franţa, la data de 31 decembrie 2006, pentru 128 824 de copii minori se luase măsura de protecţie a copilului (ONED, 2008). În acelaşi an, din 21 000 de cazuri de maltratare a copilului semnalate şi confirmate, în 30% era vorba de violenţă fizică, în 28% de abuzuri sexuale şi în 32% de neglijenţe grave şi violenţe psihologice (http://www.droitsenfant.com/tablo_maltraitance.htm, publicat în data de 2 august 2010).

Chiar dacă maltratarea (pedepse severe, abuzuri sexuale, exploatare, neglijenţă) a existat întotdeauna, conform raportului Organizaţiei Naţiunilor Unite referitor la violenţa asupra copiilor (Pinheiro, 2006), abia în ultimii ani s-a pus în mod explicit, pe plan internaţional, problema nevoii urgente de a opri orice formă de violenţă la adresa copiilor şi de a stimula factorii de protecţie care favorizează capacitatea de adaptare a copiilor, chiar dacă în condiţii de adversitate. La douăzeci de ani de la semnarea Convenţiei internaţionale pentru drepturile copilului, Svevo-Cianci şi Lee (2010) arată că un număr destul de important de state (33%) dintre cele pe care le-au studiat s-au ocupat de îmbunătăţirea legislaţiei şi a procedurilor naţionale, de modalităţile utilizate pentru raportarea abuzului şi neglijenţei, de serviciile pentru copii. Aceasta explică fără îndoială de ce, pe parcursul ultimilor ani, se observă o creştere a numărului de cazuri semnalate[1]. De fapt, creşterea se datorează unor norme mai stricte, conştientizării publice a problemei şi unui sistem mai bun de depistare (de exemplu, numerele de telefon netaxabile).

Factori de risc la copiii maltrataţi

Tabelul 1 prezintă factorii de risc individuali, familiali şi de mediu care se manifestă în mod obişnuit în cazurile de maltratare.

Pe lângă factorii de risc citaţi care predispun la maltratare, evenimentele de viaţă stresante pot constitui riscuri suplimentare (de exemplu, naşterea prematură a unui frate).

Impactul maltratării este dependent de factorii de risc prezenţi, de factorii de protecţie (care pot reechilibra balanţa dinamică), dar şi de contextul

---

[1] Dimpotrivă, se evidenţiază o tendinţă pozitivă. De fapt, raportul ONU arată că incidenţa exploatării copiilor prin muncă s-a redus cu 11%, iar implicarea copiilor în activităţi periculoase s-a redus cu 25%.

maltratării (vârsta copilului, durata maltratării, legătura cu persoana care maltratează)[1]. De exemplu, în marea lor majoritate, copiii își cunosc agresorul (Statistici Canada, 2009), care este un membru al propriei familii. În cazurile de maltratare intrafamilială, dezvăluirea maltratării și intervenția vor duce la separarea de persoana responsabilă (plasarea copilului neglijat într-o familie socială sau închiderea abuzatorului, de exemplu) și vor avea consecințe asupra întregii familii.

Tabelul 1. Factori de risc dezvăluiți de obicei în cazuri de maltratare[2]

Factori proprii copilului	• Naștere prematură sau greutate redusă la naștere • Probleme perinatale • Temperament dificil • Probleme de sănătate fizică • Întârziere în dezvoltare • Suferință emoțională sau proastă gestionare a emoțiilor • Dificultăți de atașament • Stimă de sine redusă • Lipsa abilităților sociale
Factori familiali	• Părinți prea tineri (mai ales mama) • Copii nedoriți • Un mare număr de copii • Părinți cu stimă de sine redusă • Separare îndelungată de copil • Părinți care au fost ei înșiși maltratați (absența unui model educativ adecvat) • Părinți ineficienți sau care se simt depășiți de situație • Instabilitatea structurii familiale (deci, a cuplului parental) • Dificultăți parentale asociate școlii (așteptări reduse în ceea ce privește rezultatele școlare ale copilului) • Părinți indisponibili (probleme de sănătate mentală, consum de alcool sau de droguri, nivel intelectual redus, pedeapsă cu închisoarea, maladie cronică sau incapacitantă la un membru al familiei etc.) • Absența rutinei educative structurante pentru copil, pedepse inadecvate

[1] În funcție de contextul maltratării, decizia de a semnala sau nu un act de maltratare nu va fi aceeași și va influența măsurile luate pentru protejarea copilului (Jourdan-Ionescu, 1999); în general, situația este cu atât mai gravă și mai urgentă cu cât persoana responsabilă de maltratare se află mai des în contact cu copilul (părinte/tutore/cunoștință a familiei).

[2] Unii dintre acești factori pot reprezenta, de asemenea, consecințe ale maltratării suferite (de exemplu, o întârziere în dezvoltare sau dificultăți de atașament).

	• Părinți care nu se susțin reciproc (tensiuni în cuplu, violență conjugală) • Absența activității profesionale sau probleme socioprofesionale • Probleme financiare și organizaționale
Factori de mediu	• Reședință, cartier sau școală defavorizate • Mutări dese • Rețea socială a copilului sau a părinților foarte redusă sau inadecvată • Rețea care oferă modele inadecvate de educație (neglijență, violență sau cele în care maltratarea este considerată normală) • Îndepărtare de, necunoaștere sau neapelare la resurse

Consecințe ale maltratării

Din nefericire, majoritatea cercetărilor care se referă la consecințele relelor tratamente asupra dezvoltării copiilor nu precizează tipul de maltratare suferit; sau efectele maltratării sunt în mod evident diferite când se vorbește de neglijență, violență fizică sau abuz sexual.

Dintre consecințele directe ale violenței fizice asupra copilului, consecințele fizice sunt cele mai vizibile (arsuri, răni, contuzii, fracturi repetate și multiple, fragilitate somatică, deces). Îndeosebi în cazurile de abuz sexual, sunt constatate leziuni ale organelor genitale și infecții transmisibile sexual. Pe lângă consecințele fizice, maltratarea poate declanșa diverse tulburări psihopatologice la copil: tulburări psihosomatice din sfera sfincteriană (enurezis, encoprezis), alimentară (greață, anorexie, bulimie), ale somnului (insomnii, coșmaruri), ale comportamentului (agresivitate sau retragere, automutilare, hiperactivitate), activitate sexuală precoce sau compulsivă (în caz de abuz sexual), anxietate, depresie[1] sau tulburare psihotică (disociere, percepție eronată a pericolului, gânduri invazive) etc. Frica, durerea, foamea, amenințarea și frustrarea constituie experiențe traumatizante fundamentale, care declanșează reacții la nivelul sistemului nervos. Ca urmare a acestei sensibilizări la frică, reacțiile copilului pot fi descrise ca reacții de imobilitate/stupor, retragere (evaziune) sau confruntare/luptă. Herman (1992) observă, la copiii maltratați, următoarele mecanisme care supun unui greu efort capacitățile lor personale de a face față relelor tratamente:

[1] Beach, Brody, Gunter, Packer, Wermett și Philibert (2010) evidențiază o legătură între genotip și efectele maltratării, conducând fie la trăsături ale tulburării de personalitate antisociale, fie la depresie majoră.

- crearea/formarea unor relaţii de ataşament faţă de părinţii periculoşi sau neglijenţi (sau înlocuitori ai acestora);
- formarea unei identităţi pornind de la un mediu fragmentat, incoerent sau instabil;
- realizarea unui echilibru şi a unui autocontrol emoţional şi corporal, în condiţiile în care au fost comise abuzuri asupra corpului şi afectivităţii copilului şi/sau adulţii nu dau dovadă de capacitate de autocontrol.

Aceste elemente scot în evidenţă capacităţile de adaptare necesare copiilor aflaţi într-o situaţie de maltratare. Pentru copii, relaţiile cu adulţii au o foarte mare importanţă; ei pot menţine relaţia de ataşament chiar şi cu un părinte agresor, ceea ce reprezintă o formă de adaptare. Prima modalitate este aceea de a minimaliza, de a raţionaliza sau de a scuza abuzul prin mecanismul de negare, de suprimare a gândurilor şi sentimentelor sau prin disociere (Herman, 1992; Henry, 2002). O altă modalitate este dezvoltarea unei identităţi fragmentate, a unui dublu al personalităţii prin care copilul scoate la iveală defectele pentru care merită să fie maltratat. Convingându-se că el este cel rău, devine tot mai încrezător că părinţii săi îşi vor schimba atitudinea, dacă el este suficient de bun. O a treia modalitate este aceea de a produce fenomene de disociere între corp şi psihic (Herman, 1992). Un preadolescent poate prea bine să-şi automutileze vizibil braţele pentru senzaţia pe care şi-o procură (un abuz fizic controlat de el, a-şi face rău pentru a simţi că există, pentru a simţi o descărcare de adrenalină) şi, totodată, pentru a căuta atenţie.

În absenţa unor mecanisme de adaptare eficiente sau în absenţa unei terapii vizând vindecarea, astfel de reacţii pot acompania copilul în evoluţia sa spre viaţa adultă şi chiar pe tot parcursul vieţii (Cassidy şi Mohr, 2001). După Kendall-Tackett, Williams şi Finkelhor (1993), este frecvent descrisă o stare de stres posttraumatic în cazul copiilor care au suferit un abuz fizic sau sexual sau care au fost martorii unui act de violenţă. Efectul traumei generate de maltratare va depinde de stilul de apărare şi de strategiile de adaptare preferate.

Din cauza slabei funcţii conţinătoare a mamei (sau a părinţilor) lor, majoritatea copiilor maltrataţi au un ataşament care demonstrează fie o lipsă de siguranţă, fie un ataşament dezorganizat (Webb, 2006), exprimat prin comportamente bizare în cadrul relaţiilor (blocaje, întreruperi, retragere[1]). Dezvoltarea Eului acestor copii este, astfel, complicată:

---

[1] Se întâmplă ca, în cazul unui copil abuzat în mod cronic, retragerea sa, replierea în el însuşi, pierderea motivaţiei să fie atât de accentuate, încât copilul să dea impresia că ar fi handicapat. Un

Copilul bătut, copilul violat, copilul umilit se va proteja de suferinţele sale prin clivajul Eului şi printr-o identificare inconştientă cu agresorul său, fără a fi totuşi purtătorul unui viitor sau al unui destin psihotic (Sabourin, 2010, p. 43).

Copilul dezvoltă o modalitate de dezvoltare interioară marcată de neîncredere şi respingere (Doyle, 2001); crescând, îi va fi dificil să acorde încredere celuilalt şi va fi înclinat să vadă relaţiile cu ceilalţi ca pe o ameninţare sau ca pe o sursă de dezamăgire[1]. Aceasta va antrena o lipsă de competenţe sociale şi ideea că are mai multe comportamente negative şi mai puţine comportamente pozitive decât alţii (Palacio-Quintin, 1991; Webb, 2006; Widom, Kahn, Kaplow, Sepulveda-Kozakowschi şi Wilson, 2007); prin urmare, stima sa de sine va fi redusă (Iwaniec, Larkin şi Higgins, 2006).

Carenţele trăite (afective, alimentare, medicale etc.) afectează şi:

- dezvoltarea fizică [întârzieri de creştere (Kendirgi şi Jourdan-Ionescu, 1998; Iwaniec, 2004)];
- dezvoltarea neuropsihologică [afectarea funcţiilor executive şi în special a memoriei, învăţării şi reglării afectelor şi a exprimării emoţiilor, hipervigilenţă (Neuberger, 1997; Perry, 2006, Webb, 2006; Widom *et al.*, 2007); propensiunea spre violenţă, lipsa empatiei şi a atenţiei faţă de sentimentele altora (Schore, 2003; Widom *et al.*, 2007);
- dezvoltarea motorie [slaba coordonare (Hughes şi DiBrezzo, 1987); deficite de percepţie şi motorii (Tarter, Hegedus, Winston şi Alterman, 1984)];
- dezvoltarea cognitivă[2] [limbajul (Hugghes şi DiBrezzo, 1987; Coster şi Cicchetti, 1993; Watts-English, Forston, Gibler, Hopper şi De Bellis, 2006); capacitatea de abstractizare, inteligenţa verbală mai slabă (Palacio-Quintin şi Jourdan-Ionescu, 1994)].

Maltratarea poate avea consecinţe negative asupra performanţei şcolare în general sau cu precădere la citire şi matematică (Iwaniec *et al.*, 2006), care se bazează pe funcţiile afectate (menţionate anterior). Astfel, progresul şcolar al copiilor are de suferit. Se observă prezenţa unui număr mai mare de repetenţi

---

astfel de comportament probabil că nu intră în categoria comportamentelor reziliente, chiar dacă are o valoare adaptativă, asigurându-i copilului un „confort psihic" în perioada posttraumatică.

[1] „[...] *părinţii abuzatori sunt adesea iresponsabili, insensibili sau nocivi şi prin aceste comportamente îşi învaţă copiii că adulţii pot fi iresponsabili şi chiar nocivi*" (Widom *et al.*, 2007, p. 2).

[2] Pears, Kin şi Fisher (2008) au arătat că, în funcţie de tipul de maltratare suferită, dezvoltarea cognitivă a copilului va fi mai mult sau mai puţin afectată (dezvoltarea cognitivă atinge nivelul cel mai redus în cazul copiilor neglijaţi şi abuzaţi fizic).

[65% din copiii neglijați și 50% din cei abuzați rămân repetenți în primul an (Erickson, Egeland și Pianta, 1989)], a unui număr mai mare de înscrieri în clase speciale, de suspendări ale anului școlar și de cazuri de absolvire a studiilor fără calificare (Kendall-Tackett și Eckenrode, 1996). În majoritatea situațiilor, acești copii nu beneficiază de susținere familială pentru efectuarea temelor, nici de motivație extrinsecă pentru reușita școlară. Pe lângă dificultățile școlare mai sus amintite, acești copii par neatenți, incapabili să-și înțeleagă sarcina de lucru, anxioși și nepopulari în ochii colegilor, ceea ce poate genera o serie de conflicte.

În ceea ce privește raportul între factorii de risc și cei de protecție, Perkins și Jones (2004) au evidențiat că, la adolescenții din Statele Unite care au suferit abuzuri fizice, prevalența comportamentelor riscante[1] era mai mare decât la aceia care nu suferiseră rele tratamente și că, totodată, prevalența factorilor de protecție specifici rezilienței era mai scăzută. Pe termen lung, maltratarea produce frecvent consecințe care vor fi asociate marginalizării: probleme cu consumul de substanțe, diverse tulburări (alimentare, comportamentale), sarcină nedorită, delincvență (Latimer, 1996), criminalitate (Houck și King, 1989; Maxfield și Widom, 1996). Intrarea în sistemul de protecție a copilului și de plasament familial antrenează dificultăți de adaptare la persoane noi, la o nouă alimentație, la un pat diferit și la reguli diferite referitoare la comportamentul adecvat așteptat. Într-una din cărțile care i-au permis să aștearnă pe hârtie toate consecințele maltratării pe care le-a suportat din partea mamei, Pelzer (2000, p. 197) povestește:

> Atunci când plecam, închideam ochii și mă culpabilizam în tăcere pentru că fusesem atât de prost încât să mă atașez. [...] învățasem totuși cele două reguli de aur ale oricărui copil dat în plasament: să nu te atașezi niciodată prea mult, indiferent de cine, și niciodată să nu iei casa altuia drept a ta.

Atașamentul dezorganizat trăit de copilul maltratat este regăsit la vârsta adultă într-o viață adesea izolată, o fugă de intimitate, relații amoroase pasagere și de regulă violente. Atitudinile parentale ale adultului care a fost un copil maltratat, nesprijinindu-se pe un model educativ adecvat, sunt rareori potrivite:

> Acești părinți au cunoscut adesea, copii fiind, o autoritate abuzivă sau, din contră, din cauza incompetenței, o delăsare parentală totală. Când devin adulți și părinți, oscilează între slăbiciune, indecizie, pe de o parte, și rigiditate și autoritarism, pe de alta. (Gabel, 1999, p. 121)

---

[1] Consumul de alcool, tutun, droguri, provocarea vomei, angajarea precoce în activități sexuale, comportamentul antisocial și tentativele suicidare.

Din câteva studii a reieşit chiar existenţa unui ciclu intergeneraţional al maltratării (Kaufman şi Zigler, 1989, 1993, de exemplu). Totuşi — şi vom reveni puţin mai departe asupra acestui subiect — Ertem, Leventhal şi Dobbs (2000) critică metodologia cercetărilor care studiază transmiterea intergenerațională a abuzului fizic al copiilor. Un singur studiu pare de încredere şi arată că mamele care au fost supuse violenţelor prezintă un risc de 12,6 ori mai mare decât mamele nemaltratate să-şi abuzeze propriul copil. După cum se vede, consecinţele pe termen lung ale maltratării pot fi multiple şi tind să se cumuleze de-a lungul timpului.

Dar ce se ştie despre copiii maltrataţi care dau dovadă de reziliență?

Cazuri de rezilienţă naturală la copiii maltrataţi

Articolul lui Walsh, Dawson şi Mattingly (2010) prezintă bilanţul cercetărilor care studiază adaptarea pozitivă ulterioară maltratării. Pentru copiii maltrataţi, a manifesta competenţe sau a funcţiona parţial în diferite domenii constituie o dovadă de rezilienţă faţă de riscurile la care au fost supuşi prin maltratarea suferită. Cu toate acestea, indicatorii şi instrumentele necesare, ca şi norma de referinţă[1], sunt dificil de determinat (mai ales în adolescenţă). Puţine studii referitoare la copiii maltrataţi au explorat mai multe domenii de funcţionare. În Walsh *et al.* (2010) este prezentată o sinteză a 21 de articole[2] asupra rezilienţei copiilor maltrataţi în mai multe domenii (a se vedea tabelul care sintetizează rezultatele acestor studii în funcţie de numărul de copii, vârsta lor, tipul de abuz suferit, indicatorii de rezilienţă, instrumentele utilizate pentru a evalua funcţionarea rezilientă, tipul de respondent, prevalenţa copiilor rezilienţi, la paginile 29–30 ale articolului lor). Aşa cum este evaluată în aceste cercetări, funcţionarea copilului se referă la următoarele trei domenii: competenţă comportamentală şi emoţională, competenţă socială şi reuşită şcolară.

În ceea ce priveşte indicatorii competenţei comportamentale şi emoţionale, între 43% şi 66% dintre copiii maltrataţi par a fi competenţi conform cel puţin unei evaluări. Din cele 13 studii referitoare la competenţa socială, numai în cel realizat de Kaufman, Cook, Arny, Jones şi Pittinsky (1994), 61% dintre copii se

---

[1] Pentru definiţia normalului, putem face referire la Ionescu (2010).

[2] Walsh *et al.* (2010) au cercetat bazele de date *PsycLIT* şi *Academic Search Premier*. Cuvintele-cheie utilizate au fost *rezilienţă* şi *abuzul copilului, maltratarea copilului, abuz sexual, abuz fizic, neglijare* şi *abuz emoţional*.

autoevaluează drept competenți, în timp ce doar 21% ar fi așa conform punctului de vedere al personalului didactic.

Referitor la reușita școlară, conform aceluiași studiu, 64% dintre copii răspund criteriului de competență școlară al testelor standardizate, dar și de data aceasta clasamentul cadrelor didactice este mai sever (43% dintre copii fiind considerați competenți).

Datorită faptului că metodologiile prin care este definită concret reziliența variază în funcție de cercetări, este dificil de precizat prevalența copiilor maltratați reziliențI. Așa cum menționa articolul elaborat de Haskett, Nears, Ward și McPherson (2006), numărul și tipulul indicatorilor care definesc reziliența variază în funcție de cercetări. Cele trei studii întreprinse de Cicchetti și colaboratorii săi (Cicchetti, Rogosch, Lynch și Holt, 1993; Cicchetti și Rogosch, 1997; Flores, Cicchetti și Rogosch, 2005) au avantajul de a folosi metodologii comparabile. Etalonul rezilienței este conceput ca un nivel ridicat de funcționare (corespunzând primei treimi a scorurilor fiecărei evaluări, apoi scorului compozit) în trei domenii: comportament prosocial, absența simptomatologiei comportamentale și reușită școlară. Conform acestor criterii, între 9% și 18% dintre copiii maltratați sunt reziliențI (comparativ cu 17–35% dintre copiii nemaltratați, din medii defavorizate). Studiul realizat de Cicchetti și Rogosch (1997) adaugă, în urma unei observări longitudinale de trei ani, că numai 1,5% dintre copiii maltratați își mențin gradul superior de funcționare (comparativ cu 10% dintre copiii grupului martor). Într-un alt studiu longitudinal (realizat pe parcursul a patru ani), având la bază criterii diferite (scor superior unei abateri standard într-un singur domeniu și niciun scor inferior vreunei abateri standard în alte domenii), Bolger și Patterson (2003) au arătat că prevalența rezilienței este de 9% în fiecare an și de 0,9% pentru cei patru ani ai studiului. Luând un scor compozit de competență (și nepăstrând decât copiii cu un scor peste medie în fiecare an), 5% dintre copii au fost considerați reziliențI.

În cercetarea întreprinsă de Jaffee și echipa sa (Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas și Taylor, 2007), reziliența copiilor maltratați evaluată de personalul didactic în privința comportamentelor antisociale (comparativ cu eșantionul reprezentativ al copiilor nemaltratați) este de 3% la vârsta de 7 ani. Conform unor criterii mai numeroase[1], 13% s-au dovedit competenți la prima evaluare în trei domenii și 14%, 18 luni mai târziu.

---

[1] Autoevaluările copiilor nu relevă depresie sau traumă, fapt confirmat de persoana care are grijă de copil sau de cadrul didactic; doi din trei respondenți (copil, părinte, cadru didactic) nu

În cele din urmă, studiul realizat de Walsh *et al.* (2010) prezintă rezultatele obținute pe un eșantion reprezentativ la nivel național, format din copiii maltratați luați în evidență în 36 de state americane (*National Survey of Child and Adolescent Well-Being*). Pentru copiii între 8 și 10 ani, procentul de copii considerați competenți la cele nouă evaluări individuale realizate variază între 63% (scor non-clinic la scala de comportamente externalizate a *CBCL*) și 88% (scor non-clinic la *Chestionarul de depresie pentru copii*). Procentul de copii competenți variază în funcție de evaluări: 53% pentru cele două evaluări comportamentale utilizate; 47% pentru cele patru evaluări din sfera emoțională și 45% pentru evaluările școlare. În acest studiu, competența este stabilită în funcție de medie.

Potrivit metodologiei (criterii, puncte de reper, respondenți), pare evident că un număr mai mult sau mai puțin ridicat de copii maltratați este rezilient. Totuși, acest număr este în mod clar inferior celui al copiilor reziliențiproveniți din medii defavorizate care nu au fost maltratați. Este deci esențial să ne focalizăm asupra dezvoltării factorilor de protecție care să susțină reziliența în fața adversității numite maltratare.

Campbell-Sills, Forde și Stein (2009) au arătat că reducerea rezilienței este dependentă de nivelul de violență psihologică, abuz sexual, neglijență emoțională și fizică. Pe de altă parte, nu există o legătură semnificativă între nivelul de violență fizică și reziliență.

Un studiu realizat de Dumont, Widom și Czaja (2007) în rândul tinerilor adulți care au fost copii maltratați (violență fizică și sexuală, neglijență) arată că 48% dintre adolescenții care au fost obiectul violenței sau neglijenței dovedesc reziliență la vârsta adolescenței. Anumite variabile sunt predictori ai rezilienței: la adolescență, sexul (a fi fată), etnia (a nu fi alb) și faptul de a fi crescut cu ambii părinți sau de a se fi aflat în plasament pe termen lung. La vârsta adultă, sexul feminin, un număr mai redus de evenimente stresante, faptul de a avea un partener care să te susțină se dovedesc a fi variabile favorabile rezilienței.

Au fost realizate mai multe studii pe adulți care au supraviețuit unui abuz sexual comis în copilărie. Grossman, Sorsoli și Kia-Keating (2006) au susținut interviuri semistructurate (având o durată totală de cinci ore) cu 16 bărbați (între 24 și 61 de ani) care au fost abuzați sexual în copilărie și care sunt reziliențiți (nu au abuzat niciodată sexual pe cineva și funcționează bine în cel

---

recunosc vreo problemă de comportament internalizată; copii cu un nivel mediu la matematică și citire; bune abilități sociale, conform evaluărilor realizate de cadrul didactic și de părinte.

puțin o sferă a vieții lor). Rezultatele permit descrierea a trei modalități de a da sens abuzului: ajutarea celorlalți sau dorința de a-i ajuta (fără a conștientiza legătura dintre altruismul lor și abuzul suferit în copilărie), gândirea (strategii cognitive care speculează pe tema psihologiei agresorului, a propriului rol, a cadrului sociocultural și filosofic) și dezvoltarea spirituală.

Eshed Bar-Sade (2008) arată că trei tați neglijați în copilărie nu au devenit reziliențí decât la vârsta adultă. Factorii comuni de protecție sunt: susținerea soției; existența unui părinte care nu îi maltrata; prezența unui punct de cotitură semnificativ pe parcursul vieții, care le-a facilitat schimbarea; realizarea unui efort conștient de a se deosebi de părintele abuzator; confruntarea cu părintele; stabilirea unei liste de comportamente specifice, pe care nu vor să le reproducă în relația cu copilul lor; alegerea unui stil de viață care să le permită petrecerea unui timp mai îndelungat cu copilul lor.

Pentru a explora modelele factorilor de risc și de protecție asociați reproducerii ciclului de maltratare, Dixon, Browne și Hamilton-Giachritis (2009) au analizat rezultatele vizitelor la domiciliu efectuate de 103 infirmiere pe parcursul primului an de viață al bebelușilor proveniți din 4 351 de familii. A fost prezentată o listă de 14 factori de risc (*Index of need*), indicatori de maltratare, apoi înmânată părinților la prima vizită. Lista a fost completată pe parcursul celei de-a doua vizite (după 4–6 săptămâni de la naștere) realizate de aceeași infirmieră și la cea de-a treia vizită (când bebelușul avea între trei și cinci luni). Stilul parental a fost evaluat la cea de-a doua și de-a treia vizită. În cele din urmă, au fost înregistrate informațiile privitoare la semnele maltratării bebelușului. Familiile au fost repartizate în două grupuri: părinții care au fost maltratați în timpul copilăriei (135 de familii, adică 3,1% din totalul de 4 351 familii) și cei care nu au fost. Dixon *et al.* au subdivizat părinții în patru grupuri:

1) părinți maltratați care își maltratează copilul (în număr de 9);
2) cei care sparg ciclul intergenerațional al maltratării (126 de părinți maltratați care nu își maltratează copilul, adică 93,3% reziliențí);
3) inițiatori (0,4% dintre părinții care nu au fost maltratați și care își maltratează copilul);
4) grupul de control (99,6% dintre părinții care nu au fost maltratați și nu își maltratează copilul).

Există deci numai un slab procent de părinți care au fost maltratați în copilărie și își maltratează copilul. Factorii de protecție comuni subgrupului

celor care sparg ciclul intergenerațional al violenței și subgrupului de control sunt: susținerea socială și solvabilitatea financiară.

Susținerea socială apare, de asemenea, ca un factor de protecție în adaptarea posttraumatică a femeilor care au fost abuzate în copilărie și violate la vârsta adultă; ele prezintă mai rar o dispoziție depresivă și o stare de stres posttraumatic (Schumm, Briggs-Phillips și Hobfoll, 2006). Pentru cercetarea lor, Banyard și Williams (2007) au ales dintr-un spital toate fetele care au fost abuzate sexual între vârsta de 10 luni și 12 ani. Au întreprins o a doua evaluare (atunci când ele aveau între 18 și 31 de ani) și o a treia, șapte ani mai târziu. Reziliența a 21 de femei (cu vârsta medie de 31,52 ani) la cea de-a treia evaluare s-a dovedit a fi stabilă și protectoare. Reziliența nu era liniară, ci continuă. Faptul de a nu retrăi trauma este cu atât mai important, cu cât autorii menționează că femeile abuzate pe parcursul copilăriei prezintă un risc de două ori mai mare de a fi violate la vârsta adultă.

Factori de protecție care permit construirea rezilienței

Mai multe studii au permis evidențierea factorilor de protecție individuali, familiali și de mediu care favorizează reziliența copiilor maltratați (de exemplu, Iwaniec *et al.*, 2006; Kim, 2008, Plummer și Njugură, 2009; Schultz, Tharp-Taylor, Haviland și Jaycox, 2009; Webb, 2006). Alcătuit pe baza cercetărilor menționate și a experienței noastre în domeniu, tabelul 2 prezintă o sinteză a acestor factori de protecție.

În mod evident, o serie dintre aceștia sunt comuni și altor problematici (precum boala) și unii nu pot fi modificați printr-o intervenție (aceștia din urmă sunt identificați printr-un asterisc). Unii factori ar trebui evaluați inițial, pe parcursul campaniilor naționale de prevenție. Astfel, participarea la activități extrașcolare în comunitate dă ocazia unor întâlniri pozitive cu cei de-o seamă și cu modele de adulți sănătoși, oferă posibilitatea de a se simți apreciat și favorizează achiziția unor concepte precum siguranța, stabilitatea, predictibilitatea (Iwaniec *et al.*, 2006). Studiul de caz numărul 2 ilustrează importanța unui factor de protecție care ține de mediu, și anume, un bun mediu școlar.

Tabelul 2. Lista factorilor de protecţie care favorizează rezilienţa unui copil maltratat

Factori de protecţie	
Individuali	• naştere lipsită de probleme (un scor APGAR ridicat)* • o bună sănătate fizică • temperament agreabil* • aspect plăcut* • inteligenţă medie sau superioară • deschidere • loc de control intern • bune abilităţi sociale • o bună funcţionare adaptativă • o bună stimă de sine • capacitate de rezolvare a problemelor • capacitate de a căuta resurse • strategii adecvate de adaptare
Familiali	• bune relaţii părinte–copil • climat familial călduros • structură familială intactă* • îngrijiri şi structurare educativă adecvate • susţinere emoţională şi practică aduse copilului • aşteptări faţă de copil • părinţi sănătoşi • bune condiţii de viaţă • familie lărgită prezentă, adecvată şi afectuoasă
De mediu	• bună reţea socială • proximitatea resurselor şi o bună utilizare a acestora • casă şi cartier agreabile • mediu şcolar bun • loc de siguranţă în mediu • modelul altor copii cu o influenţă pozitivă • activităţi extraşcolare incitante • bune modele de dezvoltare • valori culturale transmise • relaţie pozitivă cu un adult din afara familiei • norme sociale adecvate • prezenţa unui animal de companie • implicarea într-o grupare religioasă

* Factorii notaţi astfel nu pot fi modificaţi

STUDIUL DE CAZ 2

Şcoala, un bun factor de protecţie aparţinând mediului

Ionel, în vârstă de 12 ani, rezident într-o instituţie pentru copii din România (casa copilului), a asistat la bătăile violente aplicate mamei sale, la tăierea acesteia cu un cuţit, la arderea cu ţigara, apoi la bătăile aplicate surorii sale, puţin mai lipsind să vină şi rândul său. Spitalizat în urma unui traumatism cranian, Ionel tăcea şi avea un chip inexpresiv. Pe parcursul spitalizării sale a fost deprimat, tăcut, inactiv. Infirmierele îl considerau cuminte şi îl dădeau de exemplu celorlalţi copii spitalizaţi. Ulterior, când a fost adus la centrul de plasament, se arăta tulburat de gălăgia celorlalţi copii, mai ales când aceştia se certau. Examenul psihologic a evidenţiat bune abilităţi de învăţare, o inteligenţă normală şi o imaginaţie bogată, asociată unei excelente capacităţi grafice. Într-adevăr, şcoala reprezintă pentru el singurul loc unde poate visa şi desena, deoarece la şcoală se simte în siguranţă.

Întrucât abuzurile faţă de copii sunt răspunzătoare pentru reducerea capacităţii lor de a-şi controla comportamentul, de a se adapta la situaţii stresante şi de a-şi construi relaţii sociale pozitive (Charuvastra şi Cloitre, 2008), prezenţa relaţiilor pozitive reprezintă un principal factor de rezilienţă (Pinheiro, 2006). Ataşamentul copilului faţă de cel puţin un membru adult al familiei, existenţa unui adult care să îi ofere susţinere în situaţii de adversitate, relaţii de susţinere cu prieteni care nu sunt dependenţi de droguri şi care nu prezintă comportamente delincvente constituie deci factori de protecţie primordiali. În funcţie de cultură, anumiţi factori de protecţie vor fi mai mult sau mai puţin importanţi, chiar specifici. Astfel, Plummer şi Njugura (2009) evidenţiază unii factori de protecţie împotriva abuzului sexual valabili pentru Kenya (precum separarea băieţilor de fete sau virginitatea).

Intervenţii vizând rezilienţa asistată a copiilor maltrataţi

Recomandările lui Perry (2006) pentru activităţile de intervenţie asupra copiilor maltrataţi se sprijină pe cunoştinţele referitoare la neurodezvoltarea şi plasticitatea cerebrală:

— activitățile trebuie adaptate nivelului de dezvoltare al copilului în diferite domenii (ceea ce implică o evaluare precisă a vârstelor de dezvoltare), pentru a viza activitățile care favorizează continuarea dezvoltării din punctul în care s-a oprit;
— activitățile trebuie să implice interacțiuni[1], să genereze recompense și să fie oferite într-un context sănătos;
— aceste activități trebuie repetate atâta timp cât este necesar.

Vom prezenta pe scurt — din lipsă de spațiu — unele intervenții[2] care vizează reziliența copiilor maltratați.

Dozier, Lindhiem, Lewis, Bick, Bernard și Peloso (2009) prezintă rezultatele pozitive ale unui program de zece ședințe destinat părinților sociali ai copiilor plasați din cauza maltratării. Acest program, intitulat „Intervenție recuperatorie axată pe atașament și biocomportament" (*Attachment and Biobehavioral Catch-up Intervention*) are în vedere trei obiective: să ajute familiile de plasament să reinterpreteze comportamentele de respingere ale copiilor, să ajute părinții să-și depășească limitele și să le ofere copiilor un mediu care să-i ajute să-și dezvolte capacitățile de autocontrol. Acest program și-a dovedit eficiența în cazul familiilor de plasament, copiii devenind mai capabili să caute sprijin direct de la părinții lor sociali.

Dorind să afle punctul de vedere al copiilor asupra propriilor situații, cercetarea întreprinsă de Palacio-Quintin și Jourdan-Ionescu (în curs de apariție) asupra a 15 copii cu vârstele cuprinse între 5 și 8 ani, maltratați și plasați ulterior în familii sociale, a arătat importanța pregătirii și susținerii familiei de plasament și a stabilității plasamentului.

> [...] pentru a interveni în vederea favorizării rezilienței copilului aflat în situație de risc trebuie, începând din acest moment, să se ia măsuri pentru facilitarea integrării, a sentimentului de apartenență și a unui atașament securizant față de familia de plasament. (Palacio-Quintin și Jourdan-Ionescu, în curs de apariție, p. 6).

Această înțelegere a procesului abordat din punctul de vedere al copilului va permite urmărirea etapelor de evoluție a comportamentelor sale defensive,

---

[1] Perry (2006) constată că viața copiilor se desfășoară de fapt într-o lume sărăcită în relații (centrată în special pe jocuri video); or, creierul favorizează învățarea într-o lume bogată în relații. Relațiile cu persoane sănătoase (fratrie, familie lărgită, profesori, antrenori sportivi, vecini, familie de plasament etc.) pot reprezenta oportunități terapeutice. Acesta este elementul-cheie al modelelor de vizită la domiciliu, al programelor de mentorat și de ajutor după școală.

[2] În mod evident, psihoterapia (terapiile, în general) creează șansa eliberării de unele experiențe trăite de copiii maltratați (Sinason, 2008) și poate (pot) fi/trebuie asociată(e) strategiilor de reziliență asistată.

a răspunsurilor date dovezilor de afecțiune din partea părintelui social, a sentimentului său de apartenență și de atașament. [...] Trebuie încurajat un plasament de calitate, întrucât, așa cum spune Tange (2003), plasamentul este un tratament pozitiv riscant. (Palacio-Quintin și Jourdan-Ionescu, în curs de apariție, p. 7).

Un factor primordial de protecție îl constituie prezența unei persoane care oferă o susținere necondiționată, care are o atitudine pozitivă și binevoitoare față de copil, care are o părere bună despre el și îi acordă importanță. Un tutore de reziliență îi va permite copilului să se dezvolte pozitiv. Mentorul (Priem, 1997; Jourdan-Ionescu și Julien-Gauthier, 2004; Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin, Desaulniers și Couture, 1998; Jourdan-Ionescu, Julien-Gauthier, Saint-Arnaud și Bilodeau, 2006) sau tutorele de reziliență (Cyrulnik, 2001) reprezintă o piatră de temelie a intervenției ecosistemice în cazul copiilor maltratați. Este vorba de o persoană (membru al familiei lărgite, persoană apropiată copilului sau mentor benevol) care poate servi în același timp drept model de identificare adaptată și sistem de referință afectivă pozitivă, într-un context stimulativ pentru copil. De exemplu, un copil pasionat de plante — locuind la oraș — va câștiga enorm de pe urma companiei unui botanist voluntar, care va accepta să-i transmită cunoștințele sale. Pe parcursul întâlnirilor lor centrate pe botanică, acest mentor îi va adresa o „privire pozitivă necondiționată" (similară privirii pline de iubire a părinților descrisă de Rogers), ridicând astfel stima de sine a copilului. Studiul de caz 3 ilustrează importanța unei mătuși care a servit drept model Sorinei.

Simțindu-se iubit și valorizat, copilul înțelege că nu trebuie să se teamă de evaluări negative, nici de pierderea acestui respect elementar. Este o relație care i-ar putea înlătura neîncrederea, copilul reușind să-și formeze imagini pozitive despre el și despre ceilalți și putându-se simți încrezător. Activitățile realizate îi vor permite să obțină sentimentul controlului, să relativizeze eșecurile și să trăiască reușite care să-i aducă recompense. Parteneriatul mentorului cu părinții este important, acesta permițând și susținerea familiei, pentru ca ea să devină competentă în alegerea activităților ce-i pun în valoare propriile resurse și totodată pe acelea ale copilului. Punerea în practică a unui mentorat de succes trebuie făcută într-un cadru supervizat, pentru a permite o investire treptată reușită a relațiilor dintre copilul maltratat, mentor și părinții copilului.

Experiența punerii în relație a unei familii, pentru care a fost stabilit un raport de neglijență cronică, cu o familie de susținere constituie o alternativă la plasarea copilului într-o familie sau într-o instituție (Jourdan-Ionescu și Desaulniers, 1999). Familia de susținere (FS) este formată dintr-un cuplu

STUDIUL DE CAZ 3

Un membru al familiei lărgite ca tutore de reziliență

Într-o clinică de pediatrie, unul dintre coautorii acestui capitol (Maria Roth) a cunoscut o fată de 14 ani, Sorina, care la acea vârstă se afla la cea de-a doua tentativă de suicid prin ingestie de medicamente. Ea era țapul ispășitor al familiei. Era a doua născută dintre cei trei copii ai unui tată ofițer și ai unei mame cu un stil foarte milităros. Sora mai mare reprezenta modelul de bună purtare, ascultătoare și harnică, deja studentă. Băiatul, de vârstă preșcolară, era preferatul familiei. Fetița de 14 ani întâmpina dificultăți școlare (note mici, dar ocazional), absenta la anumite ore, avea un comportament rebel față de adulți, refuzând sarcinile școlare și gospodărești, și nu avea o comunicare bună cu părinții săi, care-i criticau comportamentul și anturajul. Drept metodă educativă, părinții săi foloseau aproape în exclusivitate pedepsele corporale și privarea de tot ceea ce-i făcea plăcere. Mama sa încerca uneori să o îndulcească, sau mai curând să o cumpere, oferindu-i delicatese sau obiecte de valoare și mirându-se că Sorina nu se arată recunoscătoare. Singura soluție găsită de mamă era „să o încredințeze (*să o dea*) altcuiva pentru a o crește, contra unei sume de bani". Evident că fata era maltratată în familia sa, atât fizic, cât și psihic. Unica ei susținere emoțională era sora mai mare, studenta. Găsindu-se în această situație, adolescenta pleca de acasă, căuta compania altor adolescenți, rătăcea pe străzi, dansa până noaptea târziu, toate acestea reprezentând expuneri la situații periculoase. De mai multe ori a fost agresată de tineri, pe care îi prefera totuși părinților ei. După ce a supraviețuit celei de-a doua tentative suicidare, recunoscând singură situația de risc în care se afla, adolescenta a cerut și a obținut permisiunea de a fi găzduită la o mătușă care nu avea copii și locuia în alt oraș decât acela în care locuiau părinții săi. Modelul pe care îl reprezenta viața independentă a acestei mătuși, hotărârea acesteia de a-și construi o carieră au constituit factori care au ajutat adolescenta să-și reia studiile și să-și creeze relații interpersonale în acest nou mediu.

reușit din punct de vedere parental, iar rolul său este acela de suport pentru viața de zi cu zi. Cuplul parental (și uneori copiii săi) trebuie să susțină dezvoltarea abilităților parentale, menținerea activităților plăcute și ameliorarea calității vieții în familia care a fost diagnosticată cu neglijență cronică (FNC). Membrii FS trebuie să reprezinte modele de identificare (de bun maternaj și

paternaj) prin exemplul vieţii lor zilnice de familie, cu dificultăţile sale, dar şi cu regulile şi cu momentele sale bune. FS se angajează să viziteze în mod regulat FNC la domiciliu (o dată sau de două ori pe săptămână) şi să telefoneze în restul timpului. Vizitele şi apelurile telefonice au scopul de a urmări activităţile familiei şi de a-i oferi susţinere în momentul în care aceasta simte nevoia, pentru a neutraliza situaţiile de risc (alimentaţie inadecvată a copiilor, lipsa lor de supraveghere, absenţa regulilor în ceea ce priveşte orarul sau pedepsele). În mod evident, aceasta implică în primul rând stabilirea unei bune relaţii între cele două familii (comparabilă cu alianţa terapeutică) şi care începe cu ascultarea problemelor întâmpinate de părinţi, pentru a le acorda susţinere emoţională şi a stabili ce acţiuni pot fi realizate cu ei. Rezolvarea problemelor întâmpinate trebuie să fie supravegheată de FS, pentru ca FNC să înveţe treptat cum să facă faţă dificultăţilor cotidiene şi să amelioreze calitatea vieţii întregii familii. De exemplu, poate fi încurajată utilizarea resurselor existente (magazine de haine la preţuri reduse, coşuri de Crăciun etc.), mai întâi împreună cu FS, pentru ca apoi FNC să se poată descurca singură.

În mod evident, această coordonare trebuie să se realizeze într-un cadru strict: FS nu are nicio responsabilitate juridică, ea face fie voluntariat, fie este plătită ca şi cum copilul ar fi plasat la ea, nu este formată din specialişti, ci din părinţi dornici să ajute alţi părinţi aflaţi în dificultate. Aceasta înseamnă că intervenientul îşi poate continua activitatea, bazându-se totodată, în ceea ce priveşte problemele zilnice, pe ajutorul proximal al FS. FS trebuie să-şi integreze acţiunea în planul de intervenţie conceput pentru FNC. Pentru aceasta, ea trebuie supervizată săptămânal de un psiholog care cunoaşte bine domeniul maltratării, dar care nu este intervenientul ce poartă responsabilitatea legală asupra FNC. Supervizarea permite:

- favorizarea armonizării celor două familii (menţinând o distanţă protectoare pentru FS şi permiţându-i afirmarea propriilor valori);
- interpretarea corectă a evenimentelor derulate pe parcursul săptămânii;
- verificarea evoluţiei acţiunii FS în sensul dorit şi protejarea acesteia de emoţii prea dificile (de tip contraatitudinal).

În supervizare, trebuie verificată respectarea cadrului de intervenţie, a rolului FS — care trebuie să ajute FNC să facă, şi nu să facă în locul ei — şi a confidenţialităţii. În plus, familiile de susţinere trebuie să aibă ocazia (de

două sau de trei ori pe an) să întâlnească alte FS pentru a discuta despre dificultăţile întâmpinate, despre soluţiile care au funcţionat şi despre recompensele aduse de această funcţie.

Figura 1 prezintă o sinteză a principiilor de care este condusă FS şi a rezultatelor aşteptate de la acest tip de intervenţie.

Intervenţia de tip FS evidenţiază un anumit număr de elemente cu rol de factori promotori ai rezilienţei pentru copil, dar şi pentru familia sa. Printre aceste elemente, trebuie menţionat faptul că intervenţia FS:

— este individualizată şi se desfăşoară în mediul vieţii naturale a copilului;
— se realizează cu supervizare (existând, deci, un control);
— are la bază parteneriatul şi vizează capacitarea FNC;
— permite prevenţia recidivei neglijenţei cronice (prin dezvoltarea capacităţilor parentale şi „supravegherea", controlul şi susţinerea care decurg din prezenţa pe termen lung a FS);
— stabileşte tutori de rezilienţă, ce pot constitui modele de identificare;
— urmăreşte factorii de risc individuali, familiali şi de mediu care pot fi controlaţi şi factorii de protecţie care pot fi dezvoltaţi;
— permite ameliorarea calităţii vieţii copilului vizat, dar şi a întregii sale familii.

Multe alte intervenţii ar putea fi citate. Proaspăt apărută, lucrarea *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté* (*Practici inovatoare pentru tinerii aflaţi în dificultate*) (Lafortune, Cousineau şi Tremblay, 2010) oferă un bilanţ al „practicilor promiţătoare" aplicate în reţeaua de centre pentru tineri din Québec. Mai multe programe prezentate pun accentul pe resursele tânărului maltratat, pe ataşament şi pe lucrul cu familia pentru ameliorarea relaţiei cu copilul, cu precădere prin modelare. Nu vom da aici decât un exemplu. *La croisière des sentiments* (*Croaziera sentimentelor*) (Bélanger şi Blouin, 2010) este un program care urmăreşte să distrugă dinamica pe care o trăiesc tinerele victime ale abuzului sexual şi să le ajute prin realizarea unei călătorii imaginare pe mare, printre insule (care ilustrează sentimente), pentru a înlesni redemararea evoluţiei lor.

Pentru a încuraja rezilienţa, trebuie prevenită reluarea abuzului copiilor şi facilitată formarea unor relaţii pozitive durabile (Kaufman, 2008).

Este important ca intervenienţii să fie formaţi astfel încât să poată identifica nevoile copiilor, în funcţie de tipul de maltratare trăit de aceştia şi să

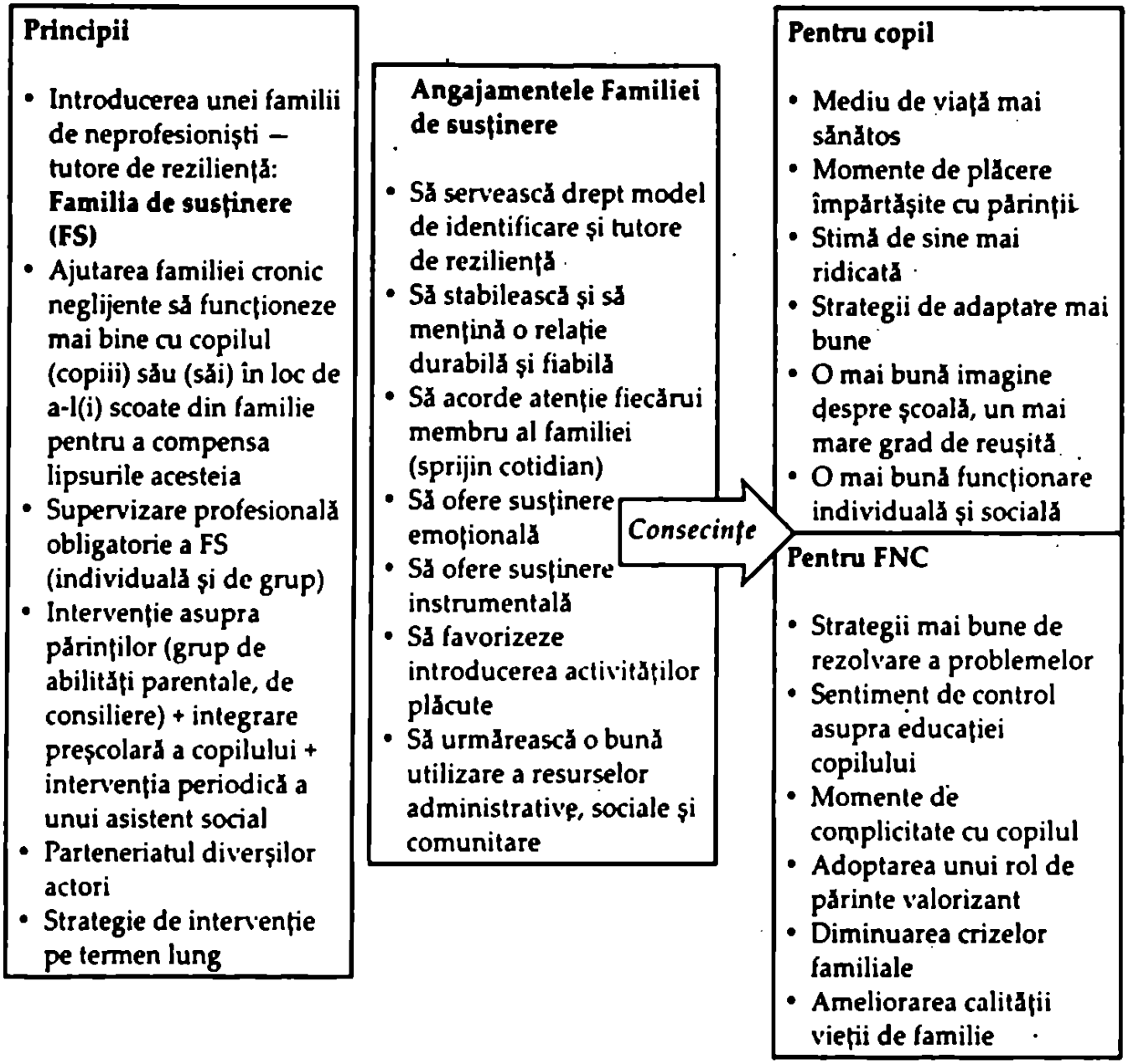

Principii
• Introducerea unei familii de neprofesionişti – tutore de rezilienţă: Familia de susţinere (FS)
• Ajutarea familiei cronic neglijente să funcţioneze mai bine cu copilul (copiii) său (săi) în loc de a-l(i) scoate din familie pentru a compensa lipsurile acesteia
• Supervizare profesională obligatorie a FS (individuală şi de grup)
• Intervenţie asupra părinţilor (grup de abilităţi parentale, de consiliere) + integrare preşcolară a copilului + intervenţia periodică a unui asistent social
• Parteneriatul diverşilor actori
• Strategie de intervenţie pe termen lung
Angajamentele Familiei de susţinere
• Să servească drept model de identificare şi tutore de rezilienţă
• Să stabilească şi să menţină o relaţie durabilă şi fiabilă
• Să acorde atenţie fiecărui membru al familiei (sprijin cotidian)
• Să ofere susţinere emoţională
• Să ofere susţinere instrumentală
• Să favorizeze introducerea activităţilor plăcute
• Să urmărească o bună utilizare a resurselor administrative, sociale şi comunitare
Consecinţe
Pentru copil
• Mediu de viaţă mai sănătos
• Momente de plăcere împărtăşite cu părinţii
• Stimă de sine mai ridicată
• Strategii de adaptare mai bune
• O mai bună imagine despre şcoală, un mai mare grad de reuşită
• O mai bună funcţionare individuală şi socială
Pentru FNC
• Strategii mai bune de rezolvare a problemelor
• Sentiment de control asupra educaţiei copilului
• Momente de complicitate cu copilul
• Adoptarea unui rol de părinte valorizant
• Diminuarea crizelor familiale
• Ameliorarea calităţii vieţii de familie

Figura 1. Model de intervenţie tip *Familie de susţinere*, urmărind rezilienţa copilului maltratat şi a familiei sale

circumscrie domeniile ce permit creşterea potenţialului de rezilienţă[1]. Pe parcursul evaluării şi al intervenţiei planificate şi individualizate, trebuie utilizat un limbaj explicit referitor la rezilienţă. Cunoaşterea mecanismelor care favorizează rezilienţa poate permite profesioniştilor să faciliteze transpunerea mecanismelor adaptative din planul supravieţuirii în acela al autorealizării.

Elaborarea clară a recomandărilor de intervenţie structurată este necesară şi trebuie să acopere următoarele domenii de dezvoltare (Daniel, 2006):

[1] Dezvoltarea criteriilor de evaluare a suferinţei copilului şi a factorilor care o provoacă va permite o circumscriere mai eficientă a ceea ce trebuie modificat în primul rând în viaţa copilului.

— atașament și bază de siguranță;
— educație;
— prietenie;
— talente și interese;
— valori pozitive;
— competențe sociale.

Trebuie întărită capacitatea copilului de a se proteja, valorizate punctele sale forte[1], stimulată capacitatea sa de a răspunde exigențelor vieții școlare și sociale și de a-și defini proiecte de viitor realiste. Mediul înconjurător trebuie structurat astfel încât să cuprindă cel puțin un model de identificare pozitivă, susținere provenind din mai multe surse și încurajarea autoresponsabilității. Reziliența copiilor maltratați este obținută grație factorilor de protecție prezenți: conștientizarea evenimentelor trecute, a căror reluare nu o doresc, bune abilități sociale, prezența unui tutore de reziliență — model de identificare, susținere socială mai generală, participare la o activitate etc. Reziliența asistată trebuie să favorizeze implementarea acestor factori de protecție și să capaciteze persoana care a fost maltratată să se autoconducă (*empowerment*). Într-adevăr, din perspectiva rezilienței, copilul și familia sa abuzatoare nu sunt concepuți ca „recipiente" ale asistenței primite din partea specialiștilor. Intervențiile de susținere pe lângă copilul maltratat și familia sa permit depășirea maltratării și diminuarea efectelor sale. Astfel, reziliența copiilor maltratați și reușita lor în viață sunt privite ca rezultat al propriilor lor capacități adaptative și eforturi.

Boala copilului

Așa cum înfățișează pânza lui Gabriel Metsu intitulată *L'enfant malade* (*Copilul bolnav*) — pictură datată în jurul anului 1660 —, un copil bolnav (palid, cu mină tristă) aflat în brațele mamei sale care este aplecată spre el, impresionează persoana care privește această scenă. Boala unui copil este, într-adevăr, un subiect grav, iar posibilitatea de a pune în practică strategii de reziliență asistată este cu atât mai importantă.

---

[1] De exemplu, izolarea de colegi (provocată de depresie) poate deveni o calitate dacă este valorizată de adulții apropiați (părinte, cadru didactic etc.) ca o dovadă de cumințenie și dacă ajutorul dat copilului, ca și calitățile acestuia îi permit să facă față exigențelor școlare și să-și găsească modalități de exprimare creativă.

Ce trăiește copilul bolnav

Capacitatea de a gestiona boala și efectele sale depinde de vârsta copilului (un sugar va avea mai puține posibilități de a-și exprima durerea și nevoile, în timp ce un preadolescent s-ar putea revolta împotriva a ceea ce i se întâmplă), de percepția pe care o are asupra bolii și de gravitatea acesteia, de îngrijorarea părinților săi (Jourdan-Ionescu, Méthot et Saint-Arnaud, 2006).

Publicațiile disponibile se ocupă de diverse tipuri de boală: cancerul (în ciuda raritații sale la copil), mucoviscidoza (fibroza chistică), diabetul, patologiile cardiace. Evident, problemele variază în funcție de boală, iar adaptarea micului bolnav și a familiei acestuia va avea trasee diferite (tratamentul dureros și generator de efecte secundare în cazul cancerului[1], complianța la tratament și dificultatea de a părea la fel ca ceilalți în adolescență în cazul diabetului, întreruperea sporturilor cu risc de contact pentru copiii care poartă un stimulator cardiac etc.).

Midence (1994) amintește variabilele care influențează reacția copilului față de boală: caracteristicile bolii, ale copilului[2], ale familiei[3], ale mediului social, precum și prestațiile de susținere socială, medicală și din partea mediului. În lucrarea despre adaptarea la diagnosticul de cancer și la tratamentul său, Newton (2008) arată, de altfel, următoarele:

- cu cât sunt mai mici, cu atât copiii au dificultăți mai mari de adaptare;
- un tratament prelungit riscă să antreneze mai multe dificultăți de adaptare;
- în comparație cu băieții, fetele, pentru care presiunea parentală este mai mare, au dificultăți mai mari de adaptare la boală.

Rivet și Matson (2009) deosebesc mai mulți factori de risc cu care copilul bolnav trebuie să se confrunte; dureri, oboseală, diminuarea capacităților motrice și senzoriale, modificarea aspectului fizic, batjocură, modificarea stilului de viață, diminuarea activităților fizice, supraveghere, regim, tratament,

---

1 Grill, Renaux-Kieffer, Bulteau și Kalifa (1998) atrag atenția asupra elementelor mai puțin cunoscute decât efectele secundare ale chimioterapiei. Ei consideră că este importantă evaluarea în plan neuropsihologic a efectelor factorului de risc pe care îl reprezintă iradierea tumorilor cerebrale.

2 Printre aceste caracteristici, menționăm ordinea la naștere (părinții sunt mai dezarmați în fața bolii unui prim născut) și dificultățile extreme întâmpinate pe parcursul perioadelor de tranziție (creând de obicei un dezechilibru) și, în special, faptul că boala complică traversarea adolescenței (Oppenheim, 2003).

3 Precum atitudinile parentale, prezența fraților etc.

spitalizare şi absentare excesivă de la şcoală. Aceste absenţe repetate şi dificultăţile şcolare sunt foarte frecvente atunci când este vorba de o boală gravă. Pe lângă ruperea de mediul său obişnuit de integrare socială, aceasta poate determina o regândire a proiectelor de viitor ale copilului.

Conform modelului stării psihologice de bine al lui Ryff (1989), se poate considera că un copil bolnav se confruntă cu dificultăţi în următoarele şase domenii: 1) pierde controlul asupra mediului său, nu mai este în stare să-şi urmeze programul obişnuit (să meargă la grădiniţă sau la şcoală, de exemplu); 2) constată oprirea dezvoltării sale (slăbeşte, nu mai acumulează noi cunoştinţe); 3) viaţa sa îşi pierde sensul şi nu mai are obiective; 4) copilul îşi pierde autonomia (în plan fizic, dar mai ales în plan decizional); 5) se simte nesatisfăcut de el şi i-ar plăcea să fie altfel, sănătos; 6) este izolat, îşi pierde mulţi prieteni (mai ales prin absenţele şcolare repetate) şi îi vine greu să aibă încredere în ceilalţi, care nu îl mai înţeleg, relaţiile sale interpersonale devenind, astfel, frustrante.

Cu ajutorul desenelor copiilor bolnavi de cancer, Oppenheim şi Harmann (2003) descriu felul în care este trăită boala. Chiar dacă par să se adapteze bine, prin intermediul desenului aceşti copii îşi exprimă tulburarea şi gradul de perturbare a imaginii corporale, ca şi a situaţiei lor familiale.

În faţa acestor factori de risc, arată Rivet şi Matson (2009), înţelegerea informaţiei primite, acceptarea tratamentului, susţinerea socială, informarea asupra comportamentelor de risc şi legăturile cu copiii aflaţi în aceeaşi situaţie constituie factori de protecţie. Efectele psihologice ale bolii copilului sunt de lungă durată pentru copil şi pentru familia sa (Kazak, Alderfer şi Rodriguez, 2009). Adaptarea este un proces dinamic, iar copilul cel mai grav bolnav nu este obligatoriu şi cel mai puţin rezilient.

Figura 2 prezintă un model integrativ al bolii şi al influenţelor sale (asupra corpului) în funcţie de caracteristicile individuale, familiale şi de mediu şi de comportamentele actuale (generale, legate de boală şi reactive). Un copil poate fi încadrat, cu ajutorul acestei figuri, în funcţie de caracteristicile sale, pentru ca apoi să i se descopere comportamentele în funcţie de boala care-l afectează.

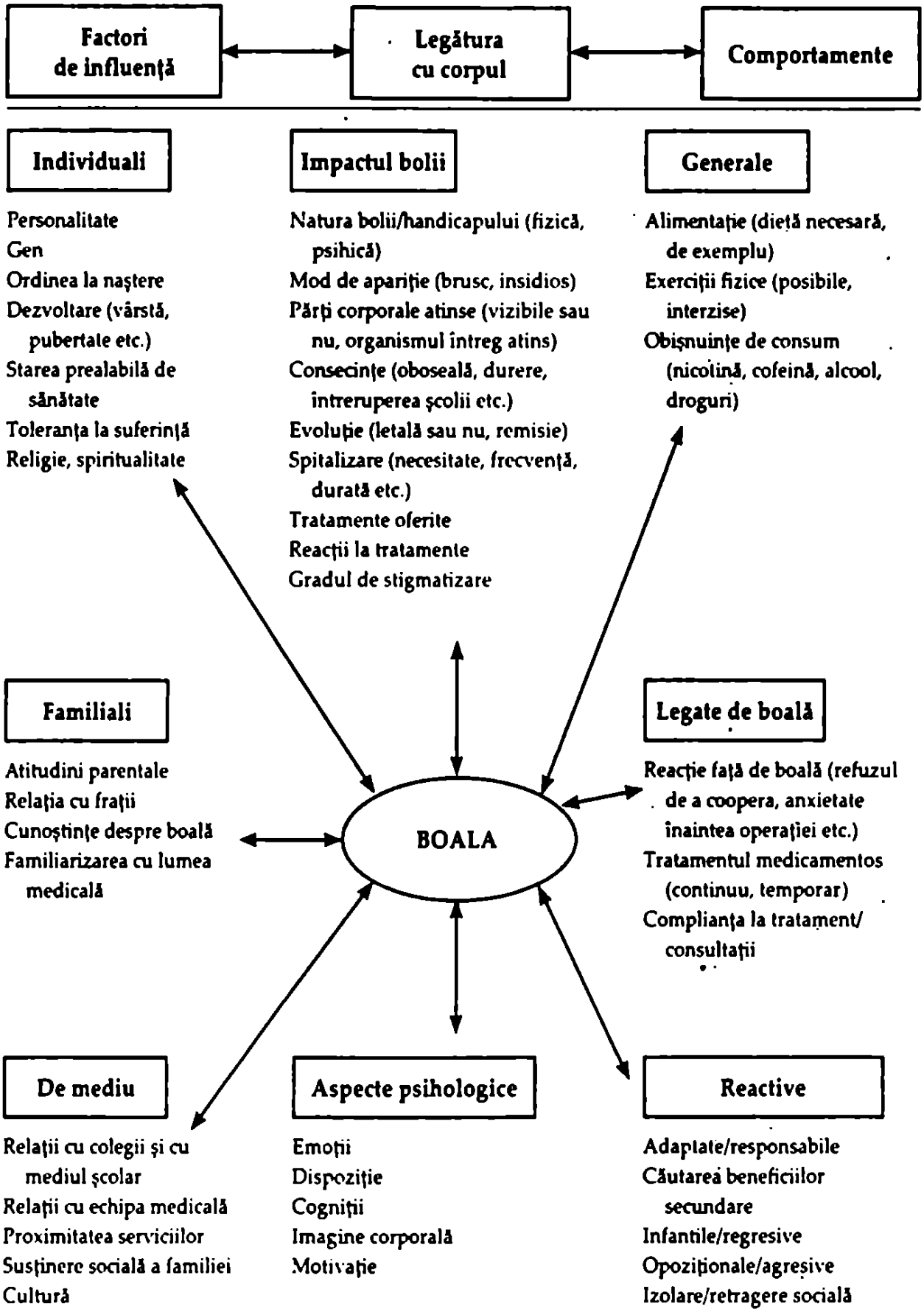


Figura 2. Model integrativ al bolii (după Méthot și Jourdan-Ionescu, 2006; Jourdan-Ionescu, Méthot și St.-Arnaud, 2006; Powell și Hendricks, 1999)

Pe lângă sentimentele de pierdere a controlului, de neputință, de neliniște și de culpabilitate[1], părinții au de acceptat diagnosticul și de realizat doliul copilului sănătos. Toate acestea antrenează un dezechilibru emoțional, care trebuie privit în contextul evoluțiilor societății contemporane. Conform Ungar (2009), hiperprotecția parentală pare să se dezvolte în lumea contemporană ca reacție a angoaselor parentale generate de incertitudinile sociale și de pierderea de autoritate suferită. Se preferă o supraveghere strictă (de exemplu, camere video instalate în creșe, dotarea copiilor de școală primară cu telefoane mobile, pentru a se ști întotdeauna unde se află). Aceste conduite hiperprotectoare, observabile cu precădere la părinții copiilor bolnavi, restrâng șansele copiilor de a experimenta singuri, de a deveni mai puternici în fața adversităților și sporesc problemele comportamentale.

În ceea ce privește *mamele*, Woznick și Goodheart (2002) menționează că doar un număr restrâns de mame nu reușesc să-și îndeplinească toate responsabilitățile referitoare la îngrijirile medicale pe care trebuie să le acorde, având în vedere rolul lor de principală figură de atașament și îngrijitor al copilului. Este mai simplu dacă mama nu lucrează, dar dacă lucrează, ea trebuie să solicite concedii. Astfel, ocupându-se de copil, poate ajunge în situația de a trebui să demisioneze. Dacă soțiile sau partenerele sunt singurele care au grijă de aspectele medicale, ele pot trăi sentimente de furie, pot avea resentimente. Este important deci ca tatăl sau partenerul să împartă această povară cu mama și să nu se refugieze tot mai mult în viața profesională. Anumite mame se simt investite cu rolul de factotum: susțin copilul bolnav (a se vedea identificarea exagerată și trăirea durerilor copilului), întrețin relația cu mediul medical, rezolvă treburile casnice, supraveghează frații și surorile, sunt prezente acolo pentru soțul lor. Din fericire, așteptările sociale sunt acum mai permisive față de mame și le permit să plângă, să-și exprime emoțiile, să solicite ajutor, să fie pasive și dependente. Pe de altă parte, normele culturale ale statelor dezvoltate condamnă aceste atitudini pe termen lung, ca și exprimarea furiei și a agresivității față de mediul medical. În acest moment, mamele pierd susținerea socială care le este de obicei acordată.

Atitudinile *taților* față de boala copilului lor pot fi neînțelese, pentru că, adesea, tații nu vorbesc, par neutri, mai puțin preocupați de trecut decât de

[1] Culpabilitatea este cu atât mai puternică în cazul bolilor a căror etiologie are o componentă ereditară (artrită, diabet etc.) sau are legătură cu mediul familial (astmul copilului unor părinți fumători, de exemplu).

viitor şi mai înclinaţi spre acţiune. De altfel, cultura încurajează în general taţii să fie puternici, fermi, să păstreze controlul situaţiei şi să-şi protejeze familia făcând alegeri raţionale, urmându-şi cariera pentru a asigura resursele financiare necesare, aceasta chiar dacă sunt debusolaţi. Se tolerează mânia taţilor, agresivitatea lor cauzată de frustrare (de exemplu, faţă de un medic care nu răspunde la întrebări). Din contră, nu se pune problema să pară trişti, vulnerabili, pasivi sau să solicite ajutor. Taţii trebuie să trăiască deci cu o ambivalenţă între imaginea pe care li se cere să o afişeze şi emoţiile pe care le simt (faţă de boala copilului, faţă de suferinţa mamei etc.). Taţii pot încerca, atunci, să refuleze orice exprimare a emoţiei şi să se limiteze la discursuri legate de aspectele medicale, de exemplu. Ei sunt capabili să-şi abandoneze rolul de „tată al unui copil bolnav de cancer", pentru a se concentra asupra muncii lor (care îi ajută să răspundă presiunilor generate de facturi şi de costurile tratamentului, menţinând, totodată, stilul de petrecere a timpului liber al celorlalţi eventuali copii) şi să se înconjoare acasă de un zid de tăcere (ceea ce le permite, uneori, să se ocupe de treburile casnice de care mama nu a mai avut timp). Cu toate acestea, taţii ratează adesea şanse de promovare din cauza preocupării lor sau refuzului de a se îndepărta de casă. În comparaţie cu taţii, care îşi refulează sentimentele, partenerele solicită adesea să şi le împărtăşească. Cum ei se protejează de sentimente neexprimându-le, taţii primesc rareori susţinere, prietenilor venindu-le greu să-i întrebe: „Ce mai faci?" Adesea, bunicele îi roagă pe prietenii tatălui să sune sau să-i propună o activitate (de exemplu, să joace tenis sau să meargă la un meci de fotbal). Taţii singuri şi taţii adoptivi sunt cu precădere supuşi riscului de a trece singuri prin această încercare. În timp ce mamele sunt geloase, percepând munca tatălui drept timp liber sau un refugiu din calea responsabilităţilor medicale, mai mulţi taţi îşi recunosc invidia pentru timpul petrecut de mamă cu copilul, pentru susţinerea şi relaţiile pe care ea le are. În plus, taţii sunt de obicei ignoraţi sau desconsideraţi de echipa medicală, din cauza prezenţei lor mai reduse.

Studiul lui Brody explorează, cu ajutorul unor interviuri semistructurate, trăirile a opt taţi ai căror copii (cu vârste cuprinse între 4 şi 16 ani) au fost trataţi într-o clinică de oncologie. Taţii confirmă necesitatea adaptării la schimbările din viaţa de familie (creşterea numărului de deplasări la spitale, costurile financiare ale tratamentelor, organizarea familială), importanţa comunicării (cu copilul, cu profesioniştii din domeniul sănătăţii, cu familia lărgită) şi a susţinerii sociale (din partea familiei şi a echipei medicale). Ei afirmă

că această experiență le-a modificat personalitatea și stilul parental (petrec mai mult timp liber cu copilul, îl ascultă și îl sprijină mai mult).

Confruntat cu obligațiile legate de boala copilului (spitalizare, consultații medicale, tratament la domiciliu, relații cu școala, reorganizarea timpului de lucru, a timpului acordat celorlalți copii etc.) și cu emoțiile simțite, cuplul parental este puternic zguduit. Woznick și Goodheart (2002) vorbesc de un adevărat test pentru cuplu. În ciuda riscului unor dezacorduri conjugale, separări sau divorțuri (Bruce și Querke, 2010; Oppenheim, Dauchy și Hartmann, 2006; Cappelli, McGrath, Daniels, Manion și Schillinger, 1994; Denning, 1976), Barbarin și Chester (1986) menționează faptul că se observă, la anumite cupluri, o creștere a coeziunii și a gradului de susținere.

Sprijinul acordat părinților trebuie să fie de lungă durată. Studiul întreprins de Maurice-Stam, Oort, Last și Grootenhuis (2008) explorează reacțiile emoționale și suferința părinților provenind din 130 de familii cu un copil aflat în remisie după un cancer. După o perioadă inițială de tensiune crescută, sentimentele generate de boală — sentimente de incertitudine și neputință — revin, în primii doi ani de la terminarea tratamentului, la niveluri normale. Chiar dacă majoritatea părinților unui copil vindecat de cancer dau dovadă de reziliență emoțională, Maurice-Stam *et al.* subliniază importanța susținerii care li se oferă după finalizarea tratamentului.

Așa cum afirmă Milman (2007, p. 452), „[...] familia este profund afectată de agresiunea pe care o reprezintă cancerul, iar impactul efectelor acestei agresiuni suferite de familie asupra fraților și surorilor este considerabil". În funcție de vârsta celorlalți copii și de relațiile lor anterioare cu copilul bolnav, reacția acestora va fi diferită. Maladia generând o destabilizare a rutinei familiale, frații și surorile vor resimți, oricum, un dezechilibru. Părinții au tendința de a-și neglija ceilalți copii din cauza suprainvestiției de timp și de energie necesare pentru a face față diagnosticului și pentru administrarea tratamentelor copilului bolnav. Atunci, frații și surorile pot deveni geloși sau pot manifesta comportamente de căutare a atenției. De asemenea, părinții trebuie să fie atenți să nu „suprarresponsabilizeze" copilul sănătos, care, prin empatie și o sensibilitate ridicată față de situația familială, ar putea dori să-și asume responsabilități parentale pentru a fi de ajutor (îngrijirea copilului bolnav, sarcini gospodărești etc.) riscând, astfel, să fie parentificat. Fenomenul de parentificare îi permite copilului să satisfacă numeroase nevoi ale familiei, dar constituie, pentru el, un factor de risc.

Cum relația copilului bolnav cu frații săi poate constitui un factor esențial de protecție și facilita reziliența întregii familii, frații și surorile trebuie să

primească resurse care să le permită o mai bună adaptare. Studiul de caz 4 prezintă un caz de reziliență naturală a unei mame, datorată comportamentelor celorlalți copii față de fratele lor mai mare, bolnav.

STUDIU DE CAZ 4

Cazul de reziliență naturală a mamei lui Mathias

Atunci când Mathias a intrat în remisie după chimioterapie, mi se părea atât de fragil și de plăpând! Din cauza craniului său chel arăta și mai palid. Îmi dădeam seama că aveam tendința să îl protejez excesiv, dar doream atât de mult să se însănătoșească, încât viața mea de mamă era centrată asupra verificării stării lui de sănătate, administrării scrupuloase a medicamentelor, alimentației sale, rezultatelor analizelor. În camera de spital încercam să fiu puternică, dar nu puteam face altceva decât să îi mângâi mâna privind împreună cu el la televizor. Acasă, eram prea preocupată de starea lui, acțiunile mele deveniseră rutiniere și nici măcar nu-mi dădeam seama că pregăteam mereu aceeași mâncare la cină și că aveam prea puțină răbdare cu frățiorul și cu surioara lui, cărora le ceream mereu să fie mai cuminți, pentru că fratele lor era bolnav. Din fericire, soțul și părinții mei salvau situația. Când, într-o sâmbătă, copiilor li s-a permis, în sfârșit, să meargă la spital să-l viziteze pe Mathias, eu i-am cicălit tot drumul în mașină: „Aveți mare grijă cu el, este atât de fragil!" Tot mai voiam să-l protejez! Asistând la revederea lor, mi-am dat seama că greșeam. Au intrat în camera lui și au strigat împreună cu el de bucurie că se revăd. Mathias s-a ridicat și le-a arătat aparatura. Curând, au început să joace un joc video, râzând. Erau copii normali, iar această constatare mi-a redat o energie nebună. Mi-am dat seama, atunci, că trebuia să mă concentrez asupra a ceea ce ei mi-au revelat: importanța momentelor bune, de care trebuie să profităm, și a optimismului. Această conștientizare ne-a schimbat complet viața. Mereu mă tem când Mathias revine la spital, dar înainte de plecare ne facem timp să alegem jocurile pe care vrea să le ia cu el pentru când se va simți în formă. Acasă, gătim împreună felurile de mâncare pe gustul tuturor, iar seara ne jucăm. Acum, revin întotdeauna la aspectul pozitiv al momentului prezent, ceea ce-mi permite să-mi păstrez speranța.

Tabelul 3 prezintă o sinteză a factorilor de risc și de protecție care pot influența copilul bolnav, familia și mediul său. Acești factori vor hotărî dacă balanța dinamică se va înclina spre latura vulnerabilității (dacă factorii de risc

vor atârna mai greu) sau spre latura rezilienței (dacă factorii de protecție permit protejarea copilului de factorii de risc cu care se confruntă). În mod evident, cei mai mulți dintre copiii bolnavi fac față acestei încercări și suportă relativ bine tratamentele și toate consecințele bolii. Cu toate acestea, este necesar ca tuturor copiilor și familiilor lor să li se ofere șanse pentru o mai bună adaptare la ceea ce au de înfruntat. În paginile care urmează, vor fi prezentați factori de protecție și strategii de reziliență asistată mai întâi pentru copil, apoi pentru părinții săi, frații, familia lărgită și mediul său de viață.

Tabelul 3. Factori de risc și de protecție asociați bolii fizice

Factori	de risc	de protecție
Individuali (copil bolnav)	Stimă de sine redusă Probleme fizice sau psihice comorbide Valorizarea exclusivă prin intermediul aptitudinilor sportive (activități care vor fi limitate de boală și/sau de tratament, de frustrările asociate etc.) Copil care solicita deja atenție înainte de a se îmbolnăvi (victimizare, manipulare, importanța beneficiilor secundare etc.) Stil de atașament preocupat sau anxios (asociat cu precădere separărilor, spitalizărilor) Slabă toleranță la suferință și la incertitudine Importanță deosebită acordată aspectului fizic (dificultăți asociate pierderii părului pe parcursul unei chimioterapii, cicatricilor postoperatorii etc.) Sensibilitate la sentimentele de nedreptate și discriminare (în acest sens, perioada adolescenței este un factor de risc)	Bună stimă de sine Bună sănătate fizică din celelalte puncte de vedere Toți factorii de protecție ai unei bune sănătăți: alimentație sănătoasă, activități fizice practicate săptămânal, consum redus/inexistent de alcool, absența consumului de droguri și tutun etc. Responsabilitate, judecată sănătoasă (în ceea ce privește tratamentele) O bună înțelegere a legăturilor cauză–efect și a conceptelor abstracte (boală, suferință etc.) Gestionarea cu succes a altor dificultăți și capacitate de a le depăși Credință, spiritualitate Complianță la tratamentele medicamentoase propuse Sentimentul de a deține un control relativ asupra situației (capacitate de anticipare a evenimentelor)
Familiali (părinți, frați)	Negare/minimalizare a problemei de către un părinte Hiperprotejarea copilului	Capacitate de a solicita și de a căuta ajutor/susținere Bună capacitate de observație

	Respingere afectivă a copilului ca urmare a bolii Practicarea activităţilor familiale care contravin recomandărilor medicale (ca sporturile de contact pentru copiii care poartă un stimulator cardiac) Aşteptări prea ridicate din partea personalului medical Trăierea anterioară a unui proces de doliu complicat Gelozia fraţilor neglijaţi Stres familial ridicat, dezacorduri conjugale, divorţ Economii precare/inexistente (stres financiar)	Bună gestionare a crizei în general (face faţă mai multor provocări concomitent) Bună gestionare a emoţiilor Bun nivel socioeconomic şi intelectual al familiei Cunoştinţe despre boală, despre domeniul sănătăţii etc. Capacitate de a acorda încredere Credinţe religioase, valori spirituale Bune relaţii în cadrul fratriei Atenţia părinţilor îndreptată spre toţi copiii
De mediu (şcoală, locul de muncă al părinţilor, resurse medicale etc.)	Indiferenţa şcolii (personal didactic, elevi) Cerc social limitat, izolare socială sau familială Marginalizare (a copilului, a familiei) Presiuni şi lipsă de înţelegere din partea şefului şi a colegilor (gestionarea resurselor umane axată pe stricta productivitate şi rentabilitate financiară, lipsa de toleranţă faţă de absenţele pentru tratamentul copilului etc.) Utilizarea internetului fără discernământ (urmarea unor sfaturi ce ar putea contracara efectele tratamentelor medicale)	Frecventarea unei colectivităţi, a unei şcoli Menţinerea legăturii cu profesorul şi clasa pe parcursul spitalizării, flexibilitatea profesorului Prezenţa eficientă a bunicilor Reţea socială prezentă, diversificată, care răspunde nevoilor Contract de muncă cu avantaje sociale (posibilitatea de a lua concedii pentru boala copilului, concediu fără plată prelungit, cu garanţia de revenire la locul de muncă etc.) Înţelegere şi susţinere din partea superiorului direct Disponibilitatea şi proximitatea îngrijirilor Stabilitatea personalului medical Relaţii bune cu personalul medical (anunţarea adecvată şi empatică a diagnosticului, relaţie de încredere, atitudine care nu judecă) Utilizarea adecvată a internetului (reţea socială pentru menţinerea legăturilor tânărului, căutarea unor informaţii serioase, susţinere prin intermediul asociaţiilor de părinţi)

Strategii de reziliență asistată

Factori de protecție pentru copilul bolnav

Primul factor de protecție pentru copil îl reprezintă cunoașterea a ceea ce i se va întâmpla. Informația trebuie adaptată în funcție de vârsta copilului iar Van Broeck (2009, p. 87) subliniază importanța deosebită a „informațiilor senzoriale: ceea ce copilul va vedea, va simți, va auzi, va gusta". Mai multe cărți pentru copii vorbesc despre boală. Nu vom cita decât câteva: Boonen și Vangehuchten (2007), Dolto, Boucher și Faure-Poire (2004), adaptarea de către Floury a cărții lui Clark și Bourgeaois (2006), Harvey (1999), Lindquist (1985), Saint Mars (2003) și Solotareff (1990). Avantajul cărții lui Saint-Mars, „La copine de Lili a une maladie grave" („Prietena lui Lili suferă de o boală gravă") este acela că permite lectura sa împreună cu părintele, la final copilul fiind întrebat dacă lui i s-a întâmplat așa ceva sau dacă știe pe cineva căruia i s-a întâmplat. Aceste întrebări încurajează copilul să vorbească despre ceea ce înțelege referitor la această situație și despre ceea ce simte[1].

Când discutăm despre copiii bolnavi, trebuie să precizăm mai întâi că în țările dezvoltate numai de câteva decenii este încurajată reziliența în contextul îngrijirilor pediatrice. Într-adevăr, numai de douăzeci sau treizeci de ani durerea[2] micuților este luată în considerare și tratată (înainte, dacă urlau de durere, personalului i se părea normal, spunând că acela este modul în care se exprimă boala în cazul lor) și, în funcție de țări, sunt numai treizeci–patruzeci de ani de când boala este explicată copiilor și părinților lor și de când se încurajează prezența constantă a părinților (care pot dormi în camera de spital a copilului lor, pot sta în sala de reanimare etc.)

Studiul întreprins de Chou și Hunter (2009) explorează, cu ajutorul unor chestionare și interviuri, factorii de risc, de protecție, reziliența și calitatea vieții a 98 de tineri adulți diagnosticați cu cancer (tumoare cerebrală sau leucemie) pe parcursul copilăriei. Chiar dacă s-a dovedit că tinerii diagnosticați cu leucemie aveau o mai bună calitate a vieții decât cei cu tumoare cerebrală,

---

[1] Alte cărți tratează tema morții și pot fi utile pentru activitățile de biblioterapie atunci când un copil pune întrebări despre moarte sau este confruntat cu aceasta (de exemplu, Brami, 2000; Dolto-Tolitch, 2006; Hennezel, Charlotte și Chertemps, 2003; Motte, 1992; Robberecht, 2004; Verrept, 1999).

[2] Articolul lui Annequin (2000) se numește, de altfel, „Durerea copilului: o recunoaștere tardivă". Primele scale de evaluare a durerii copilului au fost elaborate în anii 1993–1997 (Fournier-Charrière, Lassauge și Rocard, 2002); ele permit stabilirea existenței unei dureri, aprecierea intensității sale, determinarea tratamentului necesar și evaluarea eficacității acestuia.

rezilienţa părea identică. Din analiza calitativă a răspunsurilor date la întrebarea „Ce semnifică rezilienţa pentru tine?", rezultă că rezilienţa este percepută ca o adaptare pentru a renaşte. Răspunsurile obţinute pentru factorii de protecţie fac referire la un sine integrat (speranţă, stimă de sine, autoeficienţă, autonomie, sentimentul de a fi iubit şi valorizat, perseverenţă, autocontrol, adaptabilitate). Aceşti factori individuali de protecţie trebuie dezvoltaţi, întrucât ei determină rezilienţa şi calitatea vieţii copilului.

Referitor la fibroza chistică, Bennett (2008) arată că tendinţa de a examina totul (de exemplu, schimbările respiraţiei sau ale greutăţii) şi de a se îngrijora din orice motiv este asociată cu trăsături anxioase şi cu simptome depresive ale copilului, aceasta indiferent de starea funcţiilor respiratorii. Intervenţiile trebuie să urmărească deci dezvoltarea optimismului. De altfel, umorul poate ajuta copiii să facă faţă tuturor trăirilor generate de boală (anxietate, teamă, pierderea controlului asupra situaţiei, suferinţă etc.). Adesea, o perspectivă ludică sau plină de umor îi permite copilului să coopereze cu personalul medical. Clovnii-doctori folosesc umorul şi râsul pentru valoarea lor terapeutică, permiţând umanizarea îngrijirilor acordate copiilor (Jourdan-Ionescu, 2010).

Haase (2004a şi b) propune un model de rezilienţă pentru adolescent, care asociază factorii individuali de risc (strategii de adaptare defensive, exprimate printr-o concepţie deterministă asupra vieţii, prin negarea bolii etc.) şi riscurile asociate bolii (incertitudine, suferinţă şi simptome) cu factorii individuali de protecţie (strategii de adaptare pozitive, atribuirea unui sens), familiali (o bună atmosferă familială, resurse de susţinere familială) şi sociali (integrare socială, resurse de îngrijire a sănătăţii), pentru a determina rezilienţa şi calitatea vieţii.

Una dintre modalităţile prin care copilul poate fi ajutat să facă faţă cu bine este aceea de a-i oferi cât mai multă putere asupra celor ce se întâmplă: învăţându-l să-şi noteze[1] amplificarea simptomelor (şi ce a putut să o provoace), momentele în care se simte mai bine şi să completeze o agendă cu planul de tratament (recoltarea sângelui, îngrijiri, spitalizare etc.) şi cu evenimentele plăcute (sărbătorirea zilei de naştere, vizita bunicilor, externarea, cumpărarea unei jucării aşteptate, revenirea la şcoală etc.).

Rezultatele cercetării întreprinse de Lahaye, Van Broeck, Bodart şi Luminet (2009) arată că abilităţile emoţionale (capacitatea de a-şi identifica emoţiile, de a vorbi despre ele, de a le conştientiza şi localiza la nivel corporal) ale celor

[1] Un copil foarte mic poate nota desenând sau decupând imagini.

60 de copii suferind de astm pe care i-au studiat par să aibă un impact asupra calităţii vieţii acestora, cu precădere în cazul acelora al căror astm este controlat (respectarea tratamentului, îndepărtarea alergenilor etc.). Cum corelaţia dintre competenţele emoţionale şi anxietate şi depresie este negativă, competenţele emoţionale par să reprezinte un factor de protecţie pentru copiii astmatici. Ele ar putea avea rolul de factor de protecţie pentru toţi copiii care suferă de o boală, de unde necesitatea dezvoltării lor.

A-i oferi copilului bolnav posibilitatea de a exprima ceea ce trăieşte este deci esenţială. Sourkes (1991) prezintă trei tehnici proiective dezvoltate în art-terapie care îi permit copilului bolnav să exprime cele resimţite.

1) Mandala — simbol grafic pe care copilul trebuie să-l creeze într-un cerc alb — permite reflectarea emoţiilor trăite în relaţie cu boala (de exemplu, *„când am aflat că am cancer"*)[1]. Psihologul poate ajuta copilul să-şi amintească:

Închide ochii şi gândeşte-te la acea zi în care ai fost diagnosticat cu cancer. Aminteşte-ţi unde erai (în spital, la cabinetul medicului etc.), cine era cu tine, cine ţi-a dat vestea, ce cuvinte a folosit. Aminteşte-ţi cum te-ai simţit. Poţi deschide ochii.

Apoi, vizualizarea ghidată continuă concret: *„Îţi voi împărtăşi acum sentimentele pe care alţi copii mi-au spus că le-au avut când au auzit acest diagnostic."* Sentimentele (şocat, înspăimântat, trist, furios, singur, plin de speranţă, alte sentimente) pot fi scrise pe cartonaşe şi aşezate în faţa copilului. I se înmânează apoi copilului o foaie cu un cerc alb.

Alege acum câte o culoare corespunzătoare fiecărui sentiment, apoi colorează câte o parte a cercului pentru fiecare sentiment. Dacă sentimentul este important, colorează o parte mare din cerc, dacă e mai puţin important, colorează o porţiune mică. Eşti liber să adaugi sentimente, dacă doreşti. Poţi folosi aceeaşi culoare pentru două sentimente, dar trebuie să precizezi lucrul acesta. După ce vei termina, vom vorbi despre sentimentele şi culorile[2] pe care le-ai ales.

2) Reprezentarea grafică a schimbărilor survenite în familie din cauza bolii. După solicitarea unui desen clasic[3] al familiei, Sourkes mai adaugă o etapă, întrebând *„Ce s-a schimbat în familia ta de când eşti bolnav?*

---

[1] Pot fi abordate şi alte teme: impactul diagnosticului, revenirea la şcoală, primirea veştii morţii unui alt copil bolnav etc. Toate aceste teme pot fi folosite şi în cazul fratriei.

[2] Ne-am putea referi la asocierile obişnuite ale culorilor cu sentimentele — negru, maro asociate depresiei, verde, galben pentru speranţă etc.

[3] Sourkes foloseşte instructajul desenului familiei în acţiune.

Arată-mi schimbările desenându-le sau vorbindu-mi despre ele". Evident, acest desen poate fi folosit pentru orice comparaţie înainte/după pentru copilul bolnav, ca şi pentru fratrie (mai ales dacă survine decesul copilului bolnav).

3) Reprezentarea grafică a celei mai neplăcute experienţe de când copilul este bolnav (temerile sau suferinţele asociate tratamentului, singurătatea, teama de moarte[1] etc.)

De asemenea, copilul poate scrie o scrisoare (părinţilor săi, fratelui său etc.), pentru a aşterne pe hârtie ceea ce trăieşte. Scrierea unei scrisori care să permită exprimarea liberă este utilă, de asemenea, pentru fratria unui copil decedat.

Factori de protecţie pentru părinţi

În general, părinţii dau dovadă de rezilienţă pe parcursul tratamentului. Printre factorii de protecţie ai părinţilor menţionăm, pe lângă caracterul optimist (mai degrabă decât sceptic sau depresiv), un nivel de şcolarizare mediu sau superior, care permite o depistare precoce, o bună înţelegere a bolii şi a tratamentului. În mod evident, aceşti doi factori de protecţie pentru părinţi sunt dificil de implementat dacă ei nu există deja.

Pornind de la factorii familiali identificaţi de Tinsley (1992) în cazul copiilor cu patologie cardiovasculară, pot fi reţinuţi o serie de factori de protecţie care s-ar putea dovedi eficienţi pentru toţi copiii bolnavi.

- În primul rând, este vorba de disponibilitatea pentru menţinerea sănătăţii copilului (prevenţie, consultaţii regulate, atenţie acordată simptomelor, respectarea tratamentului), iar pentru aceasta părintele trebuie să vegheze la propria sănătate şi la propriul echilibrul psihic (un părinte depresiv, dependent de alcool sau în curs de separare, de exemplu, nu va fi suficient de disponibil pentru copilul bolnav).
- Părintele trebuie să reprezinte un bun model pentru copil (un părinte agresiv faţă de tot ceea ce aduce boala copilului său şi faţă de specialişti va fi un model de agresivitate, în timp ce un copil care se identifică cu părintele său calm şi răbdător va putea să se adapteze mai bine restricţiilor bolii).

[1] Oppenheim şi Harmann (2003) arată cum reprezentarea morţii în desene – semnificând o preocupare – permite ca discutarea acestui subiect să nu fie asociată cu situaţii critice precum moartea unui alt copil sau o veste foarte proastă referitoare la copil.

— Aşa cum copiii îşi construiesc stima de sine şi învaţă să socializeze în contextul interacţiunilor precoce cu părinţii lor, înţelegerea relaţiilor interpersonale şi a reacţiilor lor faţă de boală vor fi nuanţate de ceea ce au trăit în mediul familial. De altfel, Grizzle (2008) arată, pe o populaţie de tineri astmatici sau diabetici, că un stil parental care oferă un ataşament sigur sau protector va influenţa competenţa socială a tânărului bolnav, învăţându-l cum să iniţieze şi să menţină relaţii călduroase şi satisfăcătoare. În plus, părinţii trebuie să estimeze nivelul de protecţie necesar copilului lor în funcţie de riscul existent, şi nu de propriile lor nevoi. Atenţia acordată acestui aspect împiedică părinţii să îşi protejeze în mod excesiv copilul bolnav.

Woznick şi Goodheart (2002) prezintă un ghid practic pentru favorizarea adaptării familiilor în care există un copil bolnav de cancer (sau bolnav, în general) şi încurajarea construirii rezilienţei acestuia şi a celorlalţi membri ai fratriei. Ei fac, în mod special, câteva recomandări pentru *cuplul parental* care are un copil bolnav:

— împreună cu familia, definiţi stilurile de adaptare, comportamentele care răspund nevoilor dumneavoastră şi acelea care nu răspund;
— comunicaţi ascultând şi vorbind;
— faceţi compromisuri (mergând fiecare unul spre celălalt şi făcând, astfel, jumătate de drum);
— împărţiţi sarcinile (fiecare pe rând sau jumătate/jumătate) acasă şi la spital;
— susţineţi-vă partenerul în modul său de a înfrunta situaţia şi de a-şi aduce contribuţia, chiar dacă acesta este diferit de al dumneavoastră;
— mergeţi împreună la consultaţii şi evenimente importante (precum o intervenţie chirurgicală); aceasta vă va da forţă şi va crea solidaritate între dumneavoastră şi faţă de copil;
— acordaţi atenţie calităţii relaţiilor pe care le aveţi cu copiii, cu familia şi cu personalul medical;
— fiţi flexibili faţă de copil. Dacă preferă compania unuia dintre dumneavoastră, înţelegeţi că aceasta corespunde nevoilor sale specifice actuale. În plus, continuaţi să petreceţi timp separat cu copilul şi, de asemenea, cu întreaga familie;
— mergeţi la consiliere psihologică dacă simţiţi nevoia, pentru cuplu sau pentru întreaga familie;
— amintiţi-vă că faceţi parte din aceeaşi echipă.

Iată acum sfaturile pe care Woznick şi Goodheart le dau *mamelor*:

- nu încercaţi să fiţi *Supermamă*, solicitaţi ajutorul şi acceptaţi-l;
- nu vă descurajaţi, puteţi dobândi noi abilităţi de care aveţi nevoie, puteţi creşte, veţi fi mai puternică, iar copilul dumneavoastră va avea şi el de câştigat;
- încetaţi să vă mai culpabilizaţi pentru ceea ce ar fi trebuit să faceţi sau să ştiţi, pentru ceea ce ar fi trebuit să faceţi mai bine şi pentru toate lucrurile pe care nu le puteţi controla;
- acordaţi-vă pauze, lăsaţi culpabilitatea deoparte suficient timp pentru a face o plimbare, o baie cu spumă, pentru a vă întâlni cu o prietenă la o cafea, pentru a asculta muzică sau a vă face siesta;
- nu aşteptaţi până când furia sau resentimentul vă copleşesc, pentru a spune ce vă enervează;
- împărtăşiţi-vă sentimentele cu membrii familiei şi ascultaţi-i când vorbesc despre sentimentele lor.

Iată, în cele din urmă, sfaturile pe care Woznick şi Goodheart le dau *taţilor*:

- fiţi un participant cu normă întreagă în procesul de tratament;
- exprimaţi-vă sentimentele faţă de membrii familiei şi ascultaţi-le pe ale lor;
- verbalizaţi impactul pe care boala îl are asupra dumneavoastră, asupra capacităţii dumneavoastră de a vă continua munca şi de a vă întreţine financiar familia şi împărtăşiţi-vă planurile de viitor;
- fiţi capabil să solicitaţi ajutorul şi să-l acceptaţi;
- analizaţi ce aţi învăţat din această experienţă şi cum vi s-a schimbat rolul în familie (în bine sau în mai puţin bine);
- împărtăşiţi-vă sentimentele, gândurile, temerile şi speranţele cu alţi taţi ai unor copii bolnavi de cancer, nu luptaţi singur.

Asociaţia Sparadrap[1] (al cărei scop este acela de a călăuzi copiii în mediul medical, de a oferi informaţii familiei şi de a favoriza prezenţa părinţilor pe parcursul tratamentului), precum şi nenumăratele bloguri create de apropiaţii copiilor bolnavi constituie exemple de acţiune în sprijinul rezilienţei asistate.

---

[1] http://www.sparadrap.org.

Sourkes (1991) subliniază necesitatea de a răspunde sentimentelor trăite de fratrie faţă de fratele/sora bolnav(ă) de cancer (teamă de boală prin identificare[1], culpabilitate şi ruşine). Este important să se pună accentul asupra vieţii (mai degrabă decât asupra morţii care poate surveni) şi asupra perspectivei unei adaptări pozitive, chiar dacă se pune problema unor schimbări dificile [de exemplu, o amputare suferită de soră (Sourkes, 1980)]. Milman (2007) subliniază importanţa şi binefacerile grupurilor de discuţie pentru fraţii şi surorile copiilor bolnavi. El insistă, de asemenea, asupra participării regulate la grup, asupra respectării procesului de creativitate a grupului şi asupra confidenţialităţii. Evaluând grupurile de discuţii pentru fraţii şi surorile copiilor bolnavi sau atinşi de un handicap, Dayan, Picon, Scelles şi Bouteyre (2006) scot în evidenţă avantajele acestui tip de abordare, care permite membrilor fratriei:

- să capete cunoştinţe despre patologia fratelui/surorii lor;
- să-şi amelioreze capacitatea de adaptare şi să-şi diminueze tulburările de comportament;
- să-şi reducă anxietatea şi să-şi sporească stima de sine;
- să-şi exprime furia, frustrarea şi să-şi diminueze culpabilitatea;
- să recunoască particularitatea propriilor sentimente.

Woznick şi Goodheart (2002) formulează o serie de sfaturi pentru părinţi, pentru ca aceştia să poată dezvolta factorii de protecţie ai fraţilor şi surorilor copilului bolnav:

- acordaţi atenţie sănătăţii şi capacităţii fraţilor şi surorilor copilului bolnav de a face faţă situaţiei;
- oferiţi-le informaţii despre boala fratelui/surorii lor, pentru a le diminua temerile legate de cauzele respectivei boli şi pentru a le diminua, de asemenea, teama că s-ar putea şi ei îmbolnăvi, pentru a le reduce culpabilitatea, pentru a le dezvolta capacitatea de a se deschide în faţa altora;
- oferiţi-le un program de viaţă normal (regulile vieţii de familie trebuie să rămână aceleaşi şi trebuie menţinute activităţile obişnuite), ceea ce

[1] Aceasta se poate prelungi la vârsta adultă, exprimându-se, de exemplu, printr-o simptomatologie ipohondră.

va permite membrilor fratriei să-şi menţină propriul drum şi proiectele de viaţă;

- dacă lipsiţi de acasă, încercaţi să apelaţi întotdeauna la aceeaşi persoană pentru a vă înlocui;
- petreceţi cel puţin zece minute pe zi cu fiecare copil în parte (pentru a-i citi o poveste, a desfăşura o activitate împreună sau, pur şi simplu, pentru a-l asculta povestindu-vă ce a făcut în ziua respectivă, faţă în faţă sau la telefon);
- spuneţi fiecăruia dintre copiii dumneavoastră că îl iubiţi şi că aveţi nevoie de el[1], valorizaţi-i reuşitele şi punctele forte;
- aduceţi mici cadouri fraţilor şi surorilor când reveniţi după o absenţă mai îndelungată (internare în spital, de exemplu);
- compensaţi absenţa dumneavoastră fizică prin scurte mesaje de iubire (lăsate în ghiozdan, pe haine, pe internet etc.), prin apeluri telefonice regulate, prin lecturi înregistrate pentru ca ei să poată adormi cu sunetul vocii dumneavoastră etc.;
- duceţi copiii la spital pentru a demistifica locul, pentru a-şi vedea fratele/sora bolnav(ă), pentru a înţelege mai bine ce trăieşte el (ea), pentru a vedea ce analize i se fac sau ce îngrijiri i se acordă, pentru a întâlni alţi fraţi ai copiilor bolnavi etc.;
- includeţi copiii în reţelele de susţinere (asociaţii, grupuri de fratrii, forumuri de discuţii pe internet[2] etc.). Pentru fraţi şi surori, legăturile cu aceste resurse sunt fundamentale atât în momentele critice (anunţarea diagnosticului, amputare sau doliu, de exemplu), cât şi pe termen lung (Bellin şi Kovacs, 2006).

---

[1] Este clar că, în cazul în care copilul bolnav decedează, va fi foarte important ca părinţii să le poată spune fraţilor şi surorilor lui în ce măsură prezenţa lor este esenţială pentru părinţi şi că datorită acesteia au curajul de a merge mai departe, întrucât pierderea unui copil este foarte grea. Uneori, părinţii concep un copil înlocuitor, care trebuie să poarte dificila povară de a suplini absenţa copilului dispărut şi care, în plus, trimite celorlalţi fraţi şi surori mesajul că prezenţa lor nu e suficientă pentru a compensa vidul absenţei.

[2] Pe site-ul http://www.advita.com/ pot fi vizionate videoclipuri despre sănătate, foarte utile pentru întreaga familie. De exemplu, poate fi văzut un extras dintr-un desen animat care vorbeşte despre gândurile bizare ale lui Sarah legate de boala frăţiorului său (http://www.dailymotion.com/video/x5w84e_le_petit-frere-de-sarah-extrait_lifestyle?from=embed).

Factori de protecţie pentru familia lărgită

Familia lărgită (bunici, unchi, mătuşi, veri etc.) este preocupată, de asemenea, de boala copilului, care contrazice ideea generală despre cursul normal al vieţii. Bunicii/bunicile spun adesea: *„Ar fi trebuit să fiu eu în locul lui. Eu sunt bătrân(ă), mi-am trăit viaţa. Nu trebuia să-l lovească pe acest copil nevinovat"*. În plus, bunicii îşi fac griji pentru copilul lor (părintele copilului bolnav). Sentimentul de neputinţă este dificil pentru ei. Prin urmare, este esenţial să poată să acţioneze, această acţiune putând uşura situaţia copilului, a fraţilor şi a surorilor sale, a părinţilor săi, dând, în plus, un sens susţinerii oferite de bunici. Pe de altă parte, este imperativ ca această acţiune să răspundă înainte de toate nevoilor părinţilor copilului bolnav şi să le respecte viaţa privată.

Primul demers pe care îl pot face membrii familiei lărgite îl constituie căutarea de informaţii referitoare la boala copilului, pentru a înţelege ce se întâmplă cu el. Apoi aceştia vor putea oferi o susţinere adecvată, la momentul necesar. Iată o listă de sugestii pentru membrii familiei lărgite (propusă de Woznick şi Goodheart, 2002) care pot contribui la construirea rezilienţei asistate:

- să asculte fără a judeca sentimentele pe care le exprimă copiii sau părinţii;
- să viziteze copilul la spital (aducându-i un mic dar);
- să se ocupe de fraţi şi de surori (să aibă activităţi împreună, să organizeze petrecerile pe care părinţii au tendinţa de a le ignora sau, pur şi simplu, să le permită să petreacă momente liniştite în familie);
- să facă pe „taximetriştii", ducând fraţii şi surorile sau prietenii copilului bolnav la spital etc. Poate fi vorba, de asemenea, de însoţirea fraţilor şi surorilor la activităţile lor obişnuite;
- să pregătească masa pentru întreaga familie, să-i ajute la spălarea lenjeriei, la călcat, la efectuarea cumpărăturilor, să ducă maşina la service sau să rămână acasă pentru a aştepta mecanicul pentru maşina de spălat;
- să-i ajute căutând pe internet informaţiile necesare (drumul către un nou cabinet medical sau informaţii despre noul tratament pe care îl va urma copilul);
- să fie releul de transmisie a informaţiilor către toţi membrii familiei şi prieteni (prin apeluri telefonice, prin poştă, pe un site de internet etc.);

— să ofere susținere financiară, care va fi bine-venită având în vedere cheltuielile suplimentare apărute într-o perioadă când, uneori, mama a fost nevoită să renunțe la serviciu (pentru combustibil, parcări, mesele luate la spital, convorbirile telefonice suplimentare, tratamentele rambursate etc.).

Factori de protecție pentru intervenienți

Bradley Eilersten, Kristiansen, Reinfjell, Rannestad, Indredavik și Vik (2009) prezintă un model de intervenție bazat pe colaborarea profesioniștilor, model apreciat atât de aceștia (care nu sunt singuri în fața copilului bolnav și a familiei sale), cât și de familii, cărora li se acordă asistență încă de la început. Cu toate acestea, este bine de menținut stabilitatea a cel puțin unui intervenient pivot (care cunoaște cazul și ține legătura cu toți ceilalți profesioniști). Aceasta este persoana care va putea furniza informații părinților și se va putea interesa de starea copilului etc.

Prin acompanierea[1] copilului, se va verifica dacă înțelege informația necesară, dacă este bine pregătit pentru desfășurarea tratamentului, dacă își poate exprima întreaga confuzie. Psihologul începe acompanierea părinților prin cunoașterea lor (evaluându-le trăsăturile, ca și nivelul educațional și profesional, nivelul cultural, gradul de fragilitate personală, în calitate de cuplu și de familie, precum și dificultățile financiare prin care trec), făcând apoi bilanțul resurselor pe care le dețin (echilibru psihic personal, susținere disponibilă etc.) pentru a face față deciziilor medicale — chiar și celor mai dificile — și activităților cotidiene ale familiei. Pentru a facilita intervenția asupra copilului și a familiei sale, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să nu uite că lucrează pentru binele copilului și că acordajul[2] cu acest copil și familia sa este esențial. Este nevoie de timp pentru a stabili o relație de încredere. Detraux și Di Duca (2009, p. 125) subliniază, în alt context, cât de

---

1. *Accompagnement* în original, termen definit ca „ansamblu de acțiuni și atitudini medicale și paramedicale, urmărind vindecarea unei persoane atinse de o boală gravă/de lungă durată sau ameliorarea stării sale" (*Le Petit Larousse Illustré*, 2000). (*N.t.*)

2. Termen împrumutat de la Daniel Stern (1989, 2000), care l-a utilizat pentru a descrie mișcările reciproce de familiarizare efectuate de mamă și de nou-născut pentru a se adapta unul la altul. În cazul unui copil bolnav, profesioniștii se pot baza pe instrumente precum scorul de anxietate al lui Smith (1980) și scorul de anxietate preoperatorie Yale (Kain, Mazes, Cichetti, Bagnall, Finley și Hofstadter, 1997), care permit evaluarea anxietății copilului în funcție de comportamentul său, pentru a se acorda stării copilului și a răspunde adecvat nevoilor sale, de exemplu, înaintea unei intervenții chirurgicale.

important este „să-l întâlnești pe celălalt în trăirile și nedumeririle sale, să te asiguri că se simte auzit și [...] să-i permiți să se implice într-un proces de reconstrucție". Apoi trebuie acompaniați și ajutați să traverseze această încercare răspunzându-li-se la întrebări, trebuie întăriți astfel încât să comunice mai bine între ei și să aibă relații de familie mai frumoase. Intervențiile clinice construiesc reziliența și pot transforma boala/adversitatea într-o șansă de creștere.

Pentru copilul spitalizat este esențială menținerea legăturii cu învățătorul/dirigintele și continuarea școlarizării, atât de necesară. La fel, asociațiile, grupurile de bolnavi, site-urile de internet sunt importante pentru copil, pentru părinții și frații săi. Voluntarii (și mai ales cei întâlniți la spital) constituie o resursă valoroasă (să ne amintim de tanti Roz a lui Oscar[1]!).

Factori de protecție pentru populația generală

Ar trebui subliniată importanța pe care o are menținerea legăturilor în cazul copiilor bolnavi, pentru ca vecinii, colegii de școală să poată ajuta copiii bolnavi să rămână integrați social. Prin această investire în persoanele bolnave, propria trecere la statutul de bolnav devine mai puțin dramatică.

Încrederea în mediul medical și o bună comunicare facilitează formularea întrebărilor, stabilirea unei colaborări orientate spre starea de bine a copilului și spre înlesnirea gestionării diferitelor activități (consultații medicale, limitări legate de serviciul tatălui și al mamei, activități ale celorlalți copii etc.). Aceste atitudini pot fi dezvoltate și va trebui să facă obiectul unor ședințe de formare oferite marelui public prin intermediul site-urilor guvernamentale de internet.

Inițiative ca acelea ale „Spitalului ursuleților de pluș" din Franța (vizita copiilor mici la spital împreună cu ursulții lor de pluș/jucăria bolnavă, care va fi examinată de un student la medicină „nounoursolog[2]" și va permite contactul cu spitalul în afara unui context dramatic) reprezintă, de asemenea, ocazii de a stabili, dincolo de contextul bolii, factori de protecție utili pentru toți copiii.

În cazul bolii copilului, trebuie să se aibă în vedere contrabalansarea dezechilibrului generat de factorii de risc asociați bolii. Pentru aceasta, este necesar:

---

[1] *Oscar și Tanti Roz*, de Éric-Emmanuel Schmitt, a apărut în 2002 (tradusă în limba română în 2012, la Editura Humanitas, colecția Humanitas Fiction).

[2] Termen provenit din fr. *nounours*, ursuleț de pluș în limbajul copiilor. (*N.t.*)

- să fie informați copilul, părinții săi și persoanele care-i sunt apropiate;
- să li se permită copilului, mamei sale, tatălui său, fraților săi și surorilor sale să comunice cu persoane care trec prin aceeași situație;
- să se apeleze la resursele existente (asociații de părinți, grupuri ale fratriilor, bloguri etc.)
- să se mențină rutina zilnică și să se introducă în mod regulat momente de plăcere;
- imediat ce este pus diagnosticul, să existe posibilitatea stabilirii unei abordări interdisciplinare, urmărind, de exemplu, suferința, comunicarea emoțiilor simțite și planificările școlare.

Divorțul

Un studiu întreprins în anul 2010 de *Uniunea familiilor din Europa* asupra a 1 137 de adulți arată că divorțul părinților le-a provocat multă suferință: pe o scală permițând evaluarea acestei suferințe de la 0 la 5, 63% au evaluat-o la mai mult de 3... Potrivit respondenților, această suferință s-a repercutat asupra studiilor lor (la 56% dintre ei), asupra vieții lor profesionale (la 41% dintre ei) și asupra personalității lor (88%).

Publicațiile internaționale confirmă la nivel global efectele negative ale divorțului. *Conflictul* dintre părinți apare ca un *factor major de stres* și un factor de risc important pentru copiii supuși unei tranziții familiale (Barnes, 1999; Hetherington și Stanley-Hagan, 1999; McIntyre, Heron, McIntyre, Burton și Engler, 2003; O'Connor, 2003; Rushena, Prion, Sanson și Smart, 2005). Într-un studiu longitudinal realizat pe 471 de adulți care, în copilărie, au trecut prin divorțul părinților lor, Amato, Loomis și Booth (1995) ajung la concluzia potrivit căreia consecințele divorțului parental asupra acestor tineri adulți depind de *conflictul parental* anterior divorțului.

Anumite cupluri pun capăt relației lor conjugale ca rezultat al unui conflict de durată, dar nu încetează, după divorț, să aibă relații conflictuale. Acestea se manifestă pe parcursul negocierilor financiare, stabilirii reședinței copiilor și a programului de vizită pentru părintele la care nu locuiește copilul. Conflictele reduc capacitatea emoțională a părinților, ceea ce va interfera cu posibilitatea lor de a răspunde adecvat nevoilor copiilor lor. Adesea, părinții îi implică pe copii în conflictele lor. Această triangulare a copilului în cadrul conflictului parental constituie un important factor de stres și are o acțiune defavorabilă asupra dezvoltării emoționale (Kelly și Emery, 2003). Băieții par

mai înclinați spre manifestarea unor tulburări externalizate (deficit de atenție și hiperactivitate sau tulburare de conduită, Jourdan-Ionescu *et al.*, 2006).

După Kushner (2009), majoritatea cercetătorilor consideră că separarea sau divorțul are un impact negativ asupra adaptării copiilor. Nivelurile ridicate ale neînțelegerilor conjugale anterioare divorțului explică declinul rezultatelor școlare, iar divorțul crește riscul apariției dificultăților școlare. După separare, dificultățile școlare pot fi puse pe seama unei scăderi a resurselor financiare și unei monitorizări parentale mai reduse (care duce, pentru copil, la perioade mai lungi petrecute în fața televizorului sau în compania jocurilor pe internet, la acordarea unei atenții mai reduse efectuării temelor pentru acasă, la o supraveghere parentală globală mai redusă).

Emery (1999) atrage atenția specialistului în domeniul sănătății mentale asupra „influenței adormite" a divorțului, expresie care descrie problemele emoționale cauzate de divorț, care rămân ascunse și care se pot manifesta în manieră bruscă pe parcursul vieții adulte. Apariția depresiei și a anxietății constituie exemple ale unei astfel de manifestări tardive.

Divorțul părinților și reziliența copiilor

Contrar unei opinii destul de răspândite, în tot mai multe publicații se ajunge la concluzia că majoritatea copiilor provenind din familii divorțate sau în curs de divorț nu au probleme (Barnes, 1999; Hetherington și Stanley-Hagan, 1999; Kelly și Emery, 2003; O'Connor, 2003; Greef și Van Der Merwe, 2004; Rushena *et al.*, 2005). Metaanaliza realizată de Amato și Keith (1991), care cuprinde 92 de studii realizate pe 13 000 de copii, se focalizează asupra stării de bine a copiilor părinților divorțați. Acești copii întâmpină mai multe probleme decât aceia care provin din familii în care nu s-a înregistrat un divorț, dar diferențele constatate sunt nesemnificative. Probabil că aceste rezultate pot fi puse pe seama frecvenței mai ridicate a separărilor în societatea noastră.

Kushner (2009) atrage atenția asupra paradoxului dezvăluit de anumite publicații: copiii crescuți în familii în care între părinți apar conflicte intense au cele mai mari beneficii de pe urma divorțului părinților. După Kushner, studiile actuale, realizate cu metodologii mai sofisticate, reflectă existența unor diferențe reduse între adaptarea copiilor expuși la divorțul propriilor părinți și aceea a copiilor care nu au fost expuși la o astfel de situație. Există chiar un consens asupra faptului că majoritatea copiilor ai căror părinți

divorțează nu suferă perturbări ireversibile. Este un fapt crucial, pe care profesioniștii din domeniul sănătății mentale ar trebui să-l împărtășească persoanelor care vin să le solicite ajutorul.

Datele prezentate de Ahrons (2004) susțin consensul menționat. Cercetarea sa a fost una dintre primele realizate asupra unui eșantion randomizat de familii divorțate și cuprinde, în același studiu, părinții, copiii lor și noii parteneri ai părinților. 20 de ani mai târziu, Ahrons a găsit 173 de astfel de copii deveniți adulți, provenind din 84 din cele 98 de familii pe care le intervievase. Rezultatele acestui studiu arată că divorțul nu condamnă cu necesitate copiii la suferință. Norii de furtună care înconjoară mariajul părinților lor odată dezintegrați, relațiile de familie devin, în cele din urmă, liniștite. Rezultatele obținute în urma acestei cercetări arată, cu deosebire, că:

- marea majoritate a adulților–copii de părinți divorțați ies mai puternici și mai înțelepți din această încercare;
- majoritatea acestor adulți au recunoscut că divorțul a avut consecințe pozitive atât asupra lor, cât și a părinților lor;
- mai mult de jumătate din adulții–copii de părinți divorțați au afirmat că relațiile cu tatăl lor s-au îmbunătățit după divorț;
- majoritatea acestor tineri adulți menținеau relațiile cu membrii familiilor recompuse.

Aceste rezultate pozitive contribuie la eliminarea stigmatizării, adesea asociată cu faptul de a fi descendentul unui sistem familial în care s-a produs un divorț.

Alte studii au scos în evidență reziliența copiilor cu părinți divorțați (Cherlin, Furstenberg, Lindsay, Chase-Landsdale, Kierman, Robins, Morrison și Teitler, 1991; Zill, Morrison și Coiro, 1993; McLanahan, 1999; Hetherington și Kelly, 2002). Aceste studii naționale longitudinale au permis constatarea faptului că în jur de 20–25% dintre copiii părinților divorțați aveau grave probleme psihologice, comportamentale și sociale, comparativ cu 10% dintre copiii crescuți în familii în care părinții nu divorțaseră. Deși acest procent este de două ori mai ridicat decât în familiile în care părinții nu au divorțat, cifrele indică faptul că 75 până la 80% dintre acești copii și tineri adulți nu au probleme semnificative de adaptare, de relaționare cu adulții sau de comportament social.

Factori de protecție

Relația părinte–copil joacă un rol important în adaptarea copilului după divorțul părinților săi. Pornind de la publicațiile existente, Chen și George (2005) consideră că un mediu parental pozitiv și călduros aduce sprijin, asigură o bună comunicare[1], răspunde nevoilor copilului, asigură un control parental ferm și o bună disciplină. Rushena *et al.* (2005) menționează faptul că trăsăturile copiilor au o puternică influență asupra relației părinte–copil, ceea ce se repercutează asupra adaptării copilului.

În urma unei analize a publicațiilor care abordează factorii de protecție care pot interveni la copiii ai căror părinți au divorțat, Kushner (2009) descrie următorii cinci factori:

- implicarea părintelui în grija căruia nu se află copilul (cel mai adesea, tatăl), cu o mențiune deosebită asupra susținerii financiare din partea acestuia;
- o diminuare a conflictului parental după divorț;
- faptul de a locui cu părintele cel mai competent din punct de vedere psihologic;
- calitatea practicilor parentale (aici, diferiții autori insistă asupra importanței căldurii afective, a susținerii, a monitorizării adecvate a copilului, în special a disciplinei acestuia);
- împărțirea supravegherii între cei doi părinți, în condițiile unei lipse de conflict între ei.

Este necesar totuși să se insiste asupra importanței coerenței între stilurile educative în cele două medii de viață, mai ales atunci când copiii sunt încredințați, pe rând, ambilor părinți.

Chen și George (2005) menționează, de asemenea:

- sprijinul social primit din partea adulților[2] care nu fac parte din familie și a prietenilor;
- atenția și căldura oferite de cadrele didactice;

---

[1] O comunicare corespunzătoare și o împărtășire adecvată a deciziei de a divorța ar trebui să ducă la dispariția ideii false, prezentă la anumiți copii, potrivit căreia ei ar fi responsabili de separarea părinților lor și la diminuarea sentimentului lor de abandon.

[2] Rushena *et al.* (2005) observă că, în proximitatea unor relații accesibile, copilul devine capabil să construiască conexiuni și să acceadă la resurse care pot răspunde nevoilor sale.

— susţinerea provenită din partea membrilor familiei lărgite, membrilor clerului şi a resurselor comunitare, care pot constitui o plasă de siguranţă pentru familiile aflate în tranziţie;
— religia.

Alţi autori menţionează factori de protecţie corespunzând caracteristicilor individuale ale copiilor. Astfel, Rushena *et al.* (2005) observă cum copiii tenace dau dovadă de flexibilitate în utilizarea adaptării şi sunt mai perseverenţi pe parcursul încercărilor. Adoptarea strategiilor active de adaptare[1] creează o viziune ameliorată despre eficienţa adaptării, ceea ce, în cele din urmă, se asociază cu niveluri mai reduse ale simptomelor tulburării de internalizare[2] (Sandler, Tein, Mehta, Wolchik şi Ayers, 2000). Şi copiii au nevoie să elaboreze ceea ce s-a petrecut, să dea sens divorţului şi să construiască o imagine a părintelui cu care nu mai locuiesc şi care, prin urmare, nu mai face parte din universul lor (Barnes, 1999).

Contrar cercetărilor asupra grupurilor — care subliniază de obicei factorii de protecţie cei mai evidenţi —, practica individuală clinică subliniază bogăţia factorilor de protecţie şi a combinaţiilor acestora. Această idee va fi ilustrată printr-un caz (vezi studiul de caz 5).

Scurta prezentare a factorilor de protecţie de care a beneficiat I. permite observarea procesului prin care şi-a construit reziliența. Evaluarea dezvoltării sale posttraumatice scoate în evidenţă doi factori mai importanţi: „forţa personală" şi „relaţiile cu ceilalţi". Chestionarul de dezvoltare personală administrat cu această ocazie a evidenţiat, de asemenea, o creştere în domeniile „noi posibilităţi" şi „schimbare spirituală".

---

[1] Adaptarea activă sau vigilentă corespunde adaptării centrate pe problemă. Dacă anumite strategii aparţinând acestei categorii urmăresc într-un mod mai specific rezolvarea problemei, altele sunt focalizate pe înfruntarea situaţiei şi vizează schimbarea problemei.

[2] Formularea „tulburare de internalizare" se referă la conduitele care vădesc anxietate, la manifestările depresive şi la retragerea socială. Pe de altă parte, conduitele agresive şi de opoziţie şi comportamentele deranjante sunt incluse în „tulburările de externalizare". Aşa cum scrie Reynolds (1992), primele generează suferinţa subiectului, cele din al doilea grup, suferinţa celorlalţi.

Program de intervenţie asupra copiilor proveniţi din familii cu părinţi divorţaţi

Programul de intervenţie asupra copiilor proveniţi din familii cu părinţi divorţaţi („Children of Divorce Intervention Program" sau *CODIP*[1]), implementat în anul 1982, este un program de prevenţie focalizat asupra factorilor de protecţie şi are drept obiectiv favorizarea rezilienţei copiilor ai căror părinţi au divorţat. Elaborat pornind de la rezultatele cercetărilor întreprinse asupra factorilor de protecţie, *CODIP* a făcut obiectul mai multor studii de evaluare care i-au stabilit eficienţa.

STUDIUL DE CAZ 5

Contribuţia unui studiu de caz la înţelegerea factorilor de protecţie

În vârstă de 28 de ani, I. este psiholog clinician. Părinţii săi au divorţat când ea avea 16 ani şi sora ei, 14. Copiii au fost lăsaţi în grija mamei, deoarece tatăl — fost ofiţer al Securităţii române — era foarte violent, atât din punct de vedere verbal, cât şi fizic. Această violenţă a tatălui se manifesta la adresa soţiei şi a fiicelor sale. I. povesteşte că, într-o zi, tatăl său a vrut s-o lovească, iar ea, ferindu-se, mâna lui a lovit, în locul său, o dală de marmură care s-a spart.

În ciuda numeroşilor factori de risc asociaţi divorţului părinţilor săi (conflictele care au precedat acest divorţ, agresivitatea tatălui său, care continua să se manifeste pe parcursul întâlnirilor foarte rare pe care le-au avut după divorţ, dificultăţile financiare care au urmat, mutarea în alt oraş, schimbarea şcolii şi a prietenilor etc.), I. este o tânără agreabilă şi energică, emanând optimism în privinţa viitorului. Funcţionează bine din punct de vedere psihic şi e bine adaptată în plan social şi profesional. Interviurile cu I. au revelat o multitudine de factori de protecţie, care i-au permis să-şi dezvolte reziliența.

Din punct de vedere individual, I. dispune de o bună sănătate fizică, de o bună capacitate de a-şi recunoaşte şi exprima emoţiile, se arată încrezătoare şi optimistă în privinţa viitorului, este inteligentă, percepe obstacolele ca pe încercări, dă dovadă de curiozitate şi de o bună capacitate de rezolvare a problemelor, îi place să înveţe, se angajează în manieră responsabilă în

---

[1] Informaţii detaliate referitoare la *CODIP* (manuale şi jocuri utilizate pentru diferite grupe de vârstă) pot fi obţinute de la JoAnne Pedro-Carroll (jpcarroll4peace@gmail.com) şi consultând site-ul www.pedrocarroll.com.

activitățile pe care le întreprinde, manifestă preocupare pentru propria dezvoltare, îi ajută pe ceilalți și este capabilă să ceară ajutor (se află în analiză personală de un an și jumătate). Din punct de vedere familial, se poate observa buna sănătate mentală a părintelui căruia i-a fost încredințată după divorțul părinților (mama), o bună coeziune a membrilor familiei și o bună flexibilitate adaptativă a familiei după divorț, disponibilitatea câtorva figuri de atașament (mama sa, bunicii, mătușile și unchii), limite familiale flexibile, care i-au permis lui I. să beneficieze de ajutorul altor persoane (cadre didactice sau colegi de școală). Din punct de vedere social, I. a putut frecventa un liceu de nivel acceptabil, a beneficiat de o rețea socială care a ajutat-o să poată urma studiile de psihologie (spre care I. a fost orientată de una dintre profesoarele sale de la liceu).

La început, *CODIP* a fost aplicat asupra copiilor cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani care locuiau în mediul suburban[1]. Ulterior, a fost adaptat pentru a fi utilizat:

- în cazul copiilor mai mici (cu vârste de 6 și 7 ani) și mai mari (13 și 14 ani), locuind atât în centre urbane, cât și în mediul suburban. În prezent, *CODIP* există în Statele Unite sub forma a patru variante pentru copii de diverse vârste, de la creșă și până în clasa a VIII-a;
- împreună cu o intervenție asupra părinților. La Rochester, de exemplu, în timp ce copiii participă la programul *CODIP*, părinții lor sunt orientați spre un program aplicat în asociere cu Curtea de Justiție, care urmărește întărirea relațiilor acestor părinți cu copiii lor și protejarea copiilor de efectele toxice ale conflictului parental;
- în diferite contexte (școli, cum a fost cazul la început, centre de sănătate mentală, centre comunitare, cabinete individuale, servicii pentru copii asociate justiției etc.);
- în afara Statelor Unite (cu precădere în Canada, Germania sau Africa de Sud). O adaptare în limba franceză a fost realizată la Québec sub numele de programul *Entramis* (Drapeau, Mireault, Fafard și Cloutier, 1993).

---

[1] Această variantă a *CODIP* a fost concepută după programul *Children's Support Group* sau *CSG*. Autorii *CSG* (Stolberg și Garrison, 1985; Stolberg și Mahler, 1994) au insistat asupra importanței abilităților cognitiv-comportamentale și a sprijinirii adaptării copiilor după divorțul părinților lor.

Potrivit lui Pedro-Carroll — psiholog clinician care şi-a adus cea mai mare contribuţie la realizarea *CODIP* —, acest program urmăreşte cinci obiective (Pedro-Carroll, 2005):

(a) Să creeze, pentru copiii ai căror părinţi au divorţat, un mediu susţinător format dintr-un grup ai cărui membri au vârste apropiate. Ambianţa acestui grup trebuie să permită copiilor să-şi împărtăşească experienţele, să reducă sentimentul de izolare pe care îl pot resimţi şi să-i liniştească referitor la confidenţialitatea tuturor celor ce vor fi spuse. Pentru a favoriza interacţiunile de sprijin între membrii grupului şi pentru a dezvolta sentimentul de apartenenţă la grup al participanţilor, sunt folosite diferite tehnici.

(b) Să ajute copiii să identifice şi să-şi exprime sentimentele într-o manieră adecvată. *CODIP* este conceput pentru a permite tranziţia de la ceea ce este universal în exprimarea sentimentelor la ceea ce este asociat divorţului. În acest program este propusă o diversitate de jocuri şi activităţi menite să amelioreze capacitatea copiilor de a-şi identifica, exprima şi regla sentimentele.

(c) Să permită copiilor să înţeleagă schimbările care se produc în familia lor şi să clarifice anumite idei false legate de divorţ. Este vorba, în special, de reducerea/dispariţia temerilor de abandon ale copiilor, a sentimentului că sunt responsabili de divorţul părinţilor şi a ideii posibilului lor rol în refacerea cuplului parental. Pentru atingerea acestor obiective, sunt utile jocurile cu marionete şi jocurile de rol.

(d) Să amelioreze strategiile de adaptare activă ale copiilor şi să faciliteze dezvoltarea unui sentiment de control asupra situaţiilor pe care le trăiesc. Mai precis, copiii învaţă să deosebească problemele pe care le pot controla de cele pe care nu le pot controla. Această distincţie facilitează dezimplicarea lor din conflictele parentale şi îi ajută să se orienteze spre obiective adecvate vârstei lor. Mai multe şedinţe ale *CODIP* urmăresc (prin intermediul jocurilor şi al activităţilor) să înveţe copiii să rezolve probleme sociale, să-şi îmbunătăţească abilităţile interpersonale şi capacitatea de a-şi exprima furia.

(e) Să îmbunătăţească percepţia copilului asupra lui însuşi şi a familiei sale. Pentru a atinge acest obiectiv, programul pune accentul pe resursele copiilor şi pe cele ale familiei lor. Diferite exerciţii vizează întărirea stimei de sine. Pe parcursul activităţii „Tu eşti o persoană specială", copiii primesc feedback scris din partea colegilor şi a animatorilor grupurilor, referitor la calităţile lor specifice şi la contribuţiile speciale aduse grupului. Copiii sunt ajutaţi, de asemenea, să conştientizeze toate schimbările pozitive care au

survenit în familia lor și să identifice persoanele cărora li se pot adresa pentru a obține ajutor, odată *CODIP* încheiat.

Variantele *CODIP* sunt concepute luând în considerare evoluția, în funcție de vârstă, a reacțiilor copiilor la divorțul părinților. De exemplu, la copiii cu vârste cuprinse între 6 și 8 ani, predomină tristețea, confuzia, culpabilitatea și teama de abandon. La copiii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani se întâlnesc mai ales conflicte în ceea ce privește loialitatea, furia, sentimente de stigmatizare și de izolare. Astfel, devine necesară utilizarea instrumentelor în funcție de vârstă.

Cu cei de 6–8 ani sunt mai adecvate jocul de marionete și utilizarea jocurilor și activităților interactive. Pentru acești copii se recomandă, de exemplu, jocul „Lumină roșie-lumină verde" (care permite diferențierea problemelor la care există soluții de cele la care nu există soluții) și „Tic-tac-toe" (joc de vârsta lor, care învață generarea de alternative, evaluarea consecințelor și alegerea soluției optime la problemele curente). Pentru a găsi mijloace de dezvoltare a competențelor copiilor ținând cont de interesele vârstei lor, a fost creat jocul „Dinozauri îndrăzneți" (*Daring Dinosaurs*). Acest joc de societate permite deschiderea discuției pe marginea unor subiecte importante, cum ar fi sentimentele, familia și divorțul, și consolidarea comunicării și a competențelor de rezolvare de probleme.

În cazul copiilor mai mari (9–12 ani), modalitățile de intervenție trebuie să le consolideze capacitățile de rezolvare de probleme și strategiile de adaptare necesare pentru gestionarea schimbărilor din familie. Scrisul creativ, desenele, poezia și umorul pot fi utilizate pe parcursul elaborării unei „Scrisori de informare" realizate în grup (*Group Newsletter*), activitate care le permite participanților să-și împărtășească trăirile.

Reușita *CODIP* este în mare măsură dependentă de angajamentul și de competența clinică a animatorilor grupurilor, de capacitatea lor de a crea un mediu în care copiii să se simtă în siguranță și să se implice în activitățile de grup. În general sunt două persoane, un bărbat și o femeie, ceea ce permite copiilor să observe o relație adultă de cooperare și să beneficieze de un model pozitiv al rolului unui adult de același sex ca și ei.

CODIP este în general aplicat sub forma a două ședințe pe săptămână timp de opt săptămâni. Sterling (1986) constată, pe parcursul administrării *CODIP* unor copii de 7–8 ani, că derularea acestui program pe parcursul a 16 săptămâni duce la rezultate mai bune. Când s-a adaptat *CODIP* la copiii de 5–6 ani, s-a ținut cont de această observație.

De la elaborarea sa, *CODIP* a fost evaluat în mai multe rânduri.

- Mai întâi, evaluarea a avut în vedere varianta inițială, destinată copiilor de 9–12 ani, cu domiciliul în mediul suburban. Ea s-a realizat utilizând un grup de control pentru care intervenția a fost amânată și culegând informații despre efectele *CODIP* din patru surse (părinți, cadre didactice, animatori ai grupului și copii participanți) (Pedro-Carroll și Cowen, 1985).
- O replică a acestei prime evaluări a fost realizată cu alți animatori de grupuri și în alte școli (Pedro-Carroll, Cowen, Hightower și Guare, 1986).
- Ulterior, evaluarea *CODIP* s-a ocupat de adaptările acestui program destinate copiilor mai mici și copiilor care locuiesc atât în mediul urban, cât și în suburbii (Alpert-Gillis, Pedro-Carroll și Cowen, 1989; Pedro-Carroll, Alpert-Gillis și Cowen, 1992).
- O altă evaluare s-a ocupat, apoi, de adaptarea *CODIP* pentru copiii cu vârste cuprinse între 5 și 6 ani (Pedro-Carroll și Alpert-Gillis, 1997).
- Dacă studiile menționate mai sus — publicate între 1985 și 1997 — au fost efectuate imediat după aplicarea *CODIP*, o altă cercetare a urmărit stabilitatea rezultatelor după o perioadă de urmărire de doi ani (Pedro-Carroll, Sutton și Wyman, 1999).

Rezultatele acestor studii evaluative au demonstrat că programul *CODIP* ameliorează adaptarea copiilor acasă și la școală, le reduce anxietatea și preocuparea față de divorțul părinților și determină progrese în domeniul competențelor sociale. Publicațiile citate arată, de asemenea, că programul *CODIP* poate fi adaptat cu succes la populații diferite de aceea asupra căreia a fost aplicat inițial.

La verificarea realizată după doi ani (Pedro-Carroll *et al.*, 1999) au luat parte noi cadre didactice, care nu erau la curent că anumiți copii beneficiaseră de *CODIP*. Aceștia i-au descris cu semnificativ mai puține probleme școlare și mai multe competențe decât aveau copiii dintr-un grup de control. Datele obținute din interviurile luate părinților au arătat că ameliorările observate acasă și la școală imediat după aplicarea *CODIP* se mențin pe parcursul celor doi ani de ținere sub observație. Copiii care beneficiaseră de *CODIP* declară, de asemenea, că resimt o anxietate mai redusă, mai multe sentimente pozitive și încredere în ei înșiși și în familiile lor. Totodată, comparativ cu grupul de control, în perioada observată acești copii au frecventat mai rar serviciile de sănătate din cadrul școlii, pentru simptome somatice. Pedro-Carroll *et al.* (1999) consideră că rezultatele obținute demonstrează că programul *CODIP*

a facilitat achiziționarea de competențe care au ameliorat reziliența copiilor participanți.

După cum am subliniat deja, *CODIP* se bazează pe doi operatori-cheie: susținerea din partea grupului și dezvoltarea competențelor. În lucrarea sa de cercetare doctorală, Sterling (1986) evaluează efectele aplicării *CODIP* asupra unor școlari de 7–8 ani. Ea descoperă că numai aspectul privitor la susținere era mai puțin eficient decât administrarea în întregime a *CODIP*, adică inclusiv a componentei sale de dezvoltare a competențelor de adaptare.

Decesul părinților

Decesul unui părinte reprezintă unul dintre factorii de stres cei mai importanți (Lin, Sandler, Ayers, Wolchik și Luecken, 2004). Pe lângă această pierdere cu caracter traumatizant, copilul îndoliat trece adesea prin schimbări în mai multe domenii ale vieții sale. Aceste schimbări sunt de durată și se pot referi la persoanele care au grijă de el și, adesea, la școala unde învață și la prieteni (Thompson, Kaslow, Price, Williams și Kingree, 1998) și pot duce la dezvoltarea unor probleme de sănătate psihică (Worden și Silverman, 1996), precum simptome și tulburări depresive, retragere socială și probleme de conduită (Dowdney, 2000; Lutzke, Ayers, Sandler și Barr, 1996).

Reziliența copiilor îndoliați

Dacă primele cercetări în acest domeniu insistă asupra vulnerabilității copiilor îndoliați, asupra apartenenței lor la o populație aflată în situație de risc, cercetările mai recente atestă reziliența unora dintre ei. Acesta este cazul, de exemplu, studiilor întreprinse de Chase-Lansdale, Mott, Brooks-Gunn și Phillips (1991), de Kessler, Davis și Kendler (1997) sau de Lin *et al.* (2004).

Lin *et al.* (2004) au studiat un grup de 179 de copii îndoliați (cu vârste cuprinse între 8 și 16 ani) și persoanele care îi creșteau. Datele culese vizau următoarele: (a) stresul determinat de mediul în care trăiește copilul (asociat evenimentelor negative produse sau reducerii venitului *per capita*); (b) familia (eventualele probleme de sănătate psihică prezentate de părintele în viață, căldura afectivă a acestuia și maniera în care asigură disciplina); (c) copilul (inhibarea exprimării emoțiilor sale, credințele sale referitoare la cauzele evenimentelor pozitive sau negative, stima sa de sine, maniera în care își evaluează capacitatea de a gestiona problemele legate de stres și

sentimentele în raport cu situaţia sa prezentă şi viitoare, percepţia modului în care evenimentele pe care le trăieşte îi ameninţă starea de bine); (d) problemele de sănătate psihică pe care le prezintă copilul îndoliat.

Rezultatele obţinute arată că 44% dintre copiii îndoliaţi pot fi consideraţi rezilienţi. În acelaşi timp, Lin *et al.* constată (pornind de la evaluarea cel puţin a unei surse de informaţii) că 56% dintre copiii îndoliaţi prezintă probleme de sănătate psihică la un nivel clinic semnificativ. Această prevalenţă poate fi considerată importantă. Într-adevăr, ea este de două ori mai mare decât cea prezentată anterior de Thompson *et al.* (1998), Van Eerdewegh, Clayton şi Van Eerdewegh (1985) sau Worden şi Silverman (1996). De remarcat, de asemenea, că scorurile obţinute de 41% dintre copiii studiaţi de Lin *et al.* la *Child Behavior Checklist* elaborat de Achenbach evidenţiază probleme de sănătate psihică clinic semnificative. Pe de altă parte, în studiul realizat la Harvard de Worden şi Silverman (1996) asupra unei populaţii similare ca vârstă, sex şi timp scurs de la decesul părintelui cu aceea studiată de Lin *et al.*, numai 19% dintre copii au obţinut scoruri care să indice prezenţa clinic semnificativă a unor probleme de sănătate psihică. Aceste comparaţii arată variabilitatea prevalenţei tulburărilor la copiii îndoliaţi, dar scot, de asemenea, în evidenţă, faptul că există întotdeauna un număr important de copii rezilienţi.

Eppler (2008) aduce informaţii care atestă diversitatea reacţiilor manifestate de copii, în urma decesului unuia dintre părinţi. Dacă tristeţea reprezenta tema dominantă a poveştilor orale şi scrise a 12 copii (cu vârste cuprinse între 9 şi 12 ani), cărora le murise un părinte pe parcursul unui interval de 36 de luni anterioare cercetării, aceştia simţeau, în plus, o gamă largă de emoţii. Totodată, copiii se descriau ca fiind fericiţi şi apropiaţi de ceilalţi. Vorbeau despre sprijinul primit din partea familiei, a şcolii şi a colegilor şi se considerau capabili să supravieţuiască şi să fie puternici.

Existenţa unei proporţii semnificative de copii care se dovedesc rezilienţi atunci când le moare unul dintre părinţi atrage atenţia asupra factorilor de protecţie care intervin în această situaţie. Lin *et al.* (2004) iau în considerare: (a) factorii familiali (căldura părintelui supravieţuitor, disponibilitatea de a menţine disciplina şi lipsa problemelor de sănătate mentală); (b) factorii individuali, ce ţin de copil (să evalueze evenimentele negative ca mai puţin ameninţătoare faţă de starea sa de bine şi, pe de altă parte, să se considere eficient în efortul de a face faţă stresului cotidian). Analizele efectuate arată că factorii familiali şi individuali contribuie într-o manieră independentă la caracterizarea copiilor drept rezilienţi.

Rezultatele obținute în alte cercetări completează tabloul factorilor de protecție. Greeff și Human (2004) adaugă robustețea familială și un stil de adaptare familial caracterizat prin pasivitate (reactivitate redusă în fața situațiilor problematice), sprijinul emoțional pe care familia îl poate găsi în comunitate și existența unei rețele de susținere a familiei. Acestor factori li se adaugă religia și susținerea spirituală, care dau sens experienței trăite și care facilitează înțelegerea și acceptarea pierderii suferite.

Dintr-o perspectivă etno-clinică, Daniel (2005) subliniază importanța ritualului de trecere — în calitate de factor de protecție — pentru copiii din Botswana ai căror părinți au murit (cel mai adesea infectați cu HIV). Acest eveniment declanșează un ritual de trecere care se derulează în trei etape: (a) pierderea statutului de „fiu" sau de „fiică"; (b) o etapă de tranziție, de marginalizare sau de „limită", pe parcursul înmormântării[1] și al întregii perioade de doliu; (c) o reafiliere a copilului la o rețea socială recompusă, în care are un nou statut, acela de „copil fără părinți". Copiii care traversează aceste trei stadii sunt adesea reziliențí și fac față cu bine pierderii părinților. În aceste cazuri, copiii sunt bine acceptați în familiile care îi găzduiesc, sunt tratați la fel ca și ceilalți copii ai acestei familii (în ceea ce privește alimentația și treburile casnice) și se identifică într-o manieră explicită cu noul lor statut de copii fără părinți. În plus, copiii care traversează o perioadă de tranziție mai lungă pot să nu fie reintroduși într-o nouă rețea socială. Prelungirea fazei de tranziție se exprimă prin: (a) neacceptarea noului statut de orfan, de copil fără părinți, copilul agățându-se de amintirea situației existente înaintea pierderii părinților; (b) absența oricărei relații cu un adult competent din familia care îl găzduiește sau din comunitatea în care trăiește; (c) căutarea unei „apartenențe" și a „acceptării" prin intermediul unor conduite inacceptabile din punct de vedere social; (d) o lipsă de stimă de sine și incapacitatea de a rezolva problemele cu care se confruntă.

Modalități de intervenție axate pe reziliență

Programul dedicat doliului familial (*Family Bereavement Program* sau *FBP*), elaborat de Sandler, Ayers și Romer (2002) la Universitatea de Stat din Arizona, are drept obiectiv prevenirea problemelor de sănătate mentală care

[1] Numeroși orfani sunt excluși de la funeraliile părinților lor și sunt, practic, invizibili în comunitate. Acesta este mai ales cazul copiilor mici care sunt îndepărtați de la locul funeraliilor. Excluderea de la funerarii împiedică, potrivit lui Daniel (2005), reafilierea copiilor la o rețea socială recompusă.

pot apărea la copiii îndoliați, ca urmare a decesului unui părinte, prin încurajarea rezilienței lor.

Implementarea *FBP* a fost realizată în urma unui studiu prin care i s-a verificat eficiența. Acest studiu a fost întreprins asupra a 90 de familii și a implicat 135 de copii și adolescenți, precum și părintele în viață al acestora.

Copiii și adolescenții (cu vârste cuprinse între 8 și 16 ani) care au beneficiat de *FBP* au participat la 14 ședințe (12 în grup și două individuale), repartizate pe parcursul unei perioade de 12 săptămâni și având fiecare o durată de două ore. Aceste ședințe au fost concepute pentru a favoriza învățarea activă, pentru a oferi susținere emoțională și a permite desfășurarea unor activități menite să creeze competențe. Grupurile au fost formate din șase până la zece participanți și animate de persoane cu formare și supervizare speciale, cu studii de nivel masteral. Participanții la grupurile de control — 109 copii și adolescenți din 66 de familii, ca și părinții în viață ai acestora — au primit câte trei cărți (diferite pentru copii și, respectiv, pentru părinți) consacrate strategiilor de a face față doliului, precum și un ghid pentru utilizarea lor.

Timpul scurs de la moartea unuia dintre părinți varia între trei și treizeci de luni. Aceasta semnifică faptul că programul nu viza perioada de criză care urmează decesului, ci se adresa unor familii care trăiau o perioadă de restructurare a funcționării. Menționăm, de asemenea, că, în conformitate cu criteriile de excluziune, nu au fost păstrați părinții care prezentau o depresie clinic semnificativă și nici copiii care satisfăceau criteriile diagnostice pentru tulburarea deficit de atenție și hiperactivitate, tulburare de conduită sau prezentau agresivitate.

Examinând conținutul *FBP* — așa cum a fost utilizat cu copiii și cu adolescenții — se observă, mai întâi, că acest program urmărește dobândirea:

- abilităților de rezolvare de probleme și de reevaluare pozitivă a problemelor;
- abilităților care permit deosebirea evenimentelor controlabile de acelea care scapă controlului;
- abilităților de comunicare și de exprimare a sentimentelor;
- capacității de reducere a gândurilor pesimiste și triste;
- capacității de a face față în mod eficient factorilor de stres;
- modalităților de a deveni o veritabilă „forță" în sânul familiei.

Analiza conținutului *FBP* arată, de asemenea, că pe parcursul fiecărei ședințe:

- este organizată o discuție de 20–30 de minute despre doliu (în care pot fi abordate tristețea, furia, culpabilitatea și teama sau alte sentimente cu care se pot confrunta copiii îndoliați);
- o activitate de grup care permite fiecărui copil să-și împărtășească sentimentele cu ceilalți. O astfel de activitate poate, de exemplu, să aibă în vedere atitudinea de ascundere a sentimentelor. În acest caz, fiecare copil notează pe o bucată de hârtie un sentiment pe care l-a avut sau pe care un copil de vârsta lui l-ar putea simți după ce i-a murit un părinte. Aceste bilețele sunt așezate apoi în centrul grupului și acoperite cu o cuvertură sau un cearșaf negru. Apoi, tinerii sunt invitați să discute despre ce pot reprezenta sentimentele scrise pe bucățile de hârtie și de ce pot aceste sentimente să fie ascunse.

O componentă-cheie a *FBP* o reprezintă dezvoltarea abilităților de relaționare ale copilului și ale familiei sale, urmărindu-se astfel promovarea rezilienței. În fiecare săptămână, animatorii programului desemnează fiecărei familii o sarcină numită „Timp pentru familie" și care implică realizarea unor activități agreabile. Tema pornește de la ideea că, pentru numeroase familii îndoliate, participarea la astfel de activități este dificilă.

Pentru a învăța tinerii să-și exprime sentimentele și să-și rezolve problemele și, respectiv, pentru a învăța părinții să asculte și să ghideze copiii, *FBP* propune numeroase exerciții. Printre acestea figurează „enunțul-eu".

Exercițiile de tip „mesaj-eu referitor la un sentiment" urmăresc stimularea conștientizării unui sentiment, a capacității de a spune „Mă simt trist", de exemplu. Totodată, li se cere părinților să îi asculte atunci când vorbesc despre ceea ce simt. O altă variantă a „enunțului-eu" este „mesajul-eu pentru rezolvarea problemei": „Mă simt trist și mi-ar plăcea ca tu să mă ajuți să mă simt mai bine", de exemplu. Cu acest tip de mesaj, copiii îndoliați pot începe să solicite susținerea părinților lor. În același timp, *FBP* urmărește să le ofere părinților abilitățile de ascultare și de comunicare care să le permită să răspundă adecvat „mesajelor-eu".

Varianta pentru părinți a *FBP* urmărește crearea unei familii reziliente, focalizându-se pe: abilitățile de comunicare, activitățile cotidiene pozitive, momentele privilegiate, existența unor momente de intimitate părinte–copil, reevaluarea pozitivă a situațiilor stresante, capacitatea de a face față durerii care urmează pierderii partenerului și capacitatea de a-și proteja copiii de factorii de stres.

În grupul de părinți, accentul este pus pe consolidarea bunelor practici parentale existente și pe dezvoltarea unor noi practici. De exemplu, părintele decedat putea fi acela care menținea disciplina și care iniția activități familiale agreabile. După moartea acestuia, părintele supraviețuitor trebuie să învețe să-și asume noi roluri, care să-i permită să țină locul părintelui decedat și să asigure, astfel, stabilitatea și starea de bine a familiei. În același timp, părintele supraviețuitor trebuie să-și protejeze copiii de situațiile care ar putea decurge din moartea celuilalt părinte. Astfel, un membru al familiei lărgite poate spune uneori lucruri negative despre părintele decedat. De asemenea, suferința părintelui supraviețuitor sau ocazii precum aniversările reînsuflețesc amintirea părintelui dispărut.

FBP se focalizează asupra creării și dezvoltării de relații între părintele supraviețuitor și fiecare dintre copii. Copiii nu trebuie să devină confidenții părinților lor. Prin tehnica „A vorbi oferind asigurări", părinții sunt ajutați să nu-și ascundă sentimentele: „Ai dreptate, Antoine... sunt cu adevărat bulversată... tatăl tău chiar îmi lipsește. Și uneori, știi tu... plâng... dar sunt aici pentru tine și o vom scoate la capăt!"

Verificarea *FBP* a implicat interviuri cu copiii și părinții, care s-au derulat înainte de începerea programului, la finalul acestuia și 11 luni mai târziu. Conform evaluării realizate, abilitățile urmărite s-au ameliorat în mare măsură. După 11 luni, tinerii care au participat la *FBP* prezentatu un nivel mai redus de anxietate și depresie sau simptome mai reduse ale tulburărilor de externalizare. Totodată, rezultatele observate nu sunt uniforme: copiii care prezentau mai multe probleme la început erau cei în cazul cărora ameliorarea a fost mai importantă, iar aceasta mai ales în ceea ce privește manifestările tulburărilor de internalizare. Ratele de abandon au fost reduse: 90% dintre familii au participat la toate ședințele, iar anumiți participanți au venit la ședințe de recuperare.

Pentru Sandler *et al.*, eficiența *FBP* se datorează în principal acțiunilor parentale pozitive, reducerii numărului evenimentelor stresante la care sunt expuși copiii și diminuării inhibiției copiilor în ceea ce privește exprimarea sentimentelor.

Un alt program — *Bereavement Group Intervention* (*Intervenție de Grup pentru Doliu*) sau *BGI* — a fost propus pentru situațiile în care unul dintre părinți se sinucisese (Pfeffer, Jiang, Kakuma, Hwang și Metsch, 2002). Acest program cuprinde zece ședințe de grup cu o durată de o oră și jumătate fiecare, oferite copiilor provenind din două până la cinci familii. Fiecare grup este alcătuit din doi până la cinci copii împărțiți în funcție de vârstă (de exemplu, 6–9 ani,

10–12 ani şi 13–15 ani). Programul *BGI* se bazează pe teoria ataşamentului, ţine cont de reacţiile la pierderea unui părinte prin suicid şi urmăreşte ameliorarea strategiilor de adaptare.

Varianta pentru copii a programului *BGI* are două componente. Prima este *psihoeducativă* şi cuprinde discuţii referitoare la moarte, doliu, suicid şi activităţi pentru ameliorarea abilităţilor de rezolvare de probleme. A doua parte este dedicată *susţinerii* şi conţine exerciţii pentru facilitarea exprimării durerii, pentru identificarea calităţilor decedatului. Activităţile sunt orientate spre creşterea optimismului copiilor îndoliaţi, spre înlesnirea unei mai bune gestionări a gândurilor referitoare la trauma suferită şi la stigmatul ce decurge din suicidul unuia dintre părinţi şi spre dezvoltarea unor noi relaţii, care să le ofere sprijin.

Varianta *BGI* pentru părinţi este alcătuită din aceleaşi două părţi care compun varianta destinată copiilor. Partea de susţinere, de exemplu, conţine activităţi menite să amelioreze înţelegerea doliului pe parcursul copilăriei, să încurajeze exprimarea tristeţii copilului, să discute suicidul, să identifice acţiunile cu potenţial morbid ale copiilor, să amelioreze funcţionarea socială şi emoţională a acestora şi să ofere sprijin pentru ventilarea emoţiilor părinţilor şi, mai ales, celor asociate doliului.

Pfeffer *et al.* (2002) au evaluat eficienţa programului *BGI* utilizat în cazul a 39 de copii proveniţi din 27 de familii care au trecut prin sinuciderea unuia dintre părinţi sau dintre fraţi. Grupul de control a fost constituit din 36 de copii din 25 de familii. Procentul de copii cu un părinte care se sinucisese era de 75% în primul grup şi de 80% în grupul martor. Conform studiului realizat de Pfeffer *et al.*, copiii din grupul de intervenţie au manifestat anxietate şi simptome depresive semnificativ mai reduse în raport cu cei din grupul de control. Autorii acestei cercetări menţionează, de asemenea, că suicidul sau celelalte cauze de moarte violentă a unui părinte constituie indicatori consideraţi „modeşti" în ceea ce priveşte nevoia de intervenţie. Alte variabile, precum funcţionarea psihică a copilului (modul său de a trăi doliul, tulburările sale de externalizare sau de internalizare), pertinenţa strategiilor de adaptare utilizate, sistemul de credinţe ale copilului, ca şi caracterisiticile mediului familial (practici parentale, factori de stres sau probleme de sănătate psihică ale părintelui supravieţuitor) reprezintă indicatori mai buni ai nevoii de intervenţie şi ai alegerii celor mai adaptate tipuri de servicii.

Sunt rare familiile — mai ales dacă vorbim de familii lărgite — în care niciun membru să nu fie afectat de tulburări psihice. Astfel, este foarte probabil ca un important număr de copii să frecventeze, mai mult sau mai puțin regulat, persoane apropiate cu suferințe psihice.

Se consideră că în Uniunea Europeană aproximativ trei milioane de copii și adolescenți — ceea ce reprezintă circa 3% din populația totală a acestei tranșe de vârstă — locuiesc cu un părinte diagnosticat cu o tulburare psihică (Pretis și Dimova, 2003). În Australia, estimările bazate pe date epidemiologice și pe numărul de părinți care se adresează serviciilor de sănătate mentală indică faptul că cel puțin un milion de copii au un părinte cu tulburări psihice (Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear și Crase, 2005)[1].

Deși există un consens în ceea ce privește efectul potențial negativ al acestei situații asupra sănătății mentale a copiilor expuși astfel bolii psihice a unui părinte[2], conform publicațiilor disponibile, copiii care au un părinte luat în evidență cu tulburări psihice nu atrag în mod sistematic atenția serviciilor sociale sau psihiatrice. Această „lipsă de vizibilitate" a copilului este bine ilustrată de rezultatul studiului întreprins de Manderson și McCune (2004), bazat pe examinarea dosarelor femeilor internate la psihiatrie. De fapt, datele referitoare la bunăstarea materială nu figurează decât pentru 15 din 62 de copii minori ai acestor femei, iar echipa medicală nu a cules decât pentru trei din acești 15 copii informații despre măsura în care cunosc și înțeleg tulburările psihice materne. Dacă patru alți tineri au necesitat intervenția unui asistent social, în dosarele celorlalți 43 de copii nu a fost găsită nicio astfel de mențiune.

Copiii au tendința de a nu povesti ceea ce li se întâmplă și caută chiar să ascundă ce se petrece de obicei în viața lor, ceea ce explică vizibilitatea redusă a fenomenului. Copiii care au un părinte cu tulburări psihice conștientizează, în general, stigmatizarea pe care o produc astfel de afecțiuni și învață foarte devreme să respecte legea tăcerii în această privință (Somers, 2007). Puține sunt persoanele cărora li se pot confesa și numai câțiva prieteni pot juca acest

---

[1] La aceste date cu caracter epidemiologic trebuie adăugat faptul că dezinstituționalizarea pacienților cu tulburări psihice cronice — fenomen ce dovedește un progres semnificativ în evoluția psihiatriei — a crescut probabilitatea ca persoanele cu tulburări psihice grave să devină părinți (Mowbray, Schwartz, Bybee, Spang, Rueda-Riedle și Oyserman, 2000; Tussing și Valentine, 2001).

[2] În această secțiune a capitolului VI abordăm situația cea mai frecventă, cea în care un singur părinte prezintă tulburări psihice. Situația în care ambii părinți suferă de astfel de tulburări duce, în general, la plasarea copilului/copiilor și necesită, de asemenea, măsuri de acompaniament psihologic.

rol. Tăcerea protejează familia de judecata exterioară, dar întăreşte izolarea şi sentimentul de singurătate.

Prezenţa tulburărilor la copiii care au un părinte diagnosticat cu tulburări psihice a stimulat interesul pentru factorii care pot contribui la încadrarea acestor copii „în situaţie de risc". Menţionăm, pentru început, rolul de necontestat — dar a cărui pondere este dificil de precizat — jucat de vulnerabilitatea genetică. Acestui factor de risc i se adaugă numeroase altele. În analiza pe care au întreprins-o asupra efectelor adverse ale tulburării psihice parentale, Pretis şi Dimova (2008) consideră că incapacitatea copiilor de a înţelege simptomele prezentate de părintele lor generează o situaţie de neputinţă faţă de situaţia trăită, dezorientare, culpabilitate şi teamă. Spitalizările repetate ale părintelui generează anxietate de separare şi o puternică nelinişte referitoare la acel părinte. Copilul poate, de asemenea, să perceapă o distanţă între lumea sa şi lumea părintelui său bolnav şi să încerce, în acest context, să-şi asume un rol parental. Considerată un factor de risc[1], parentificarea oferă imaginea unor copii care se maturizează prea devreme, dovedind o suferinţă empatică, asumându-şi un rol de adult, cu riscul de a nu putea profita de copilărie.

Dezvoltarea unui ataşament sigur este foarte ameninţată atunci când părinţii prezintă tulburări psihiatrice. La aceasta contribuie modificarea tiparelor de comunicare părinte–copil, caracterul imprevizibil al comportamentului părintelui-pacient şi spitalizările sale repetate[2]. Pretis şi Dimova (2008) observă că numai 25% dintre copiii cu vârste cuprinse între 6 şi 10 ani sunt informaţi despre tulburarea psihică a părintelui lor. Or, această informaţie este capitală, întrucât ea permite copilului să anticipeze comportamentul părintelui-pacient, să recunoască existenţa unei explicaţii exterioare a acestui comportament şi să înţeleagă că tulburarea nu a apărut din vina sa.

Analizând un volum important de publicaţii, Gutjahr (2007) constată că tulburarea psihică gravă are un impact important asupra practicilor parentale:

— generând inadecvarea atitudinilor parentale şi strategiilor de menţinere a disciplinei (în acest context, incoerenţa funcţionării familiale poate fi foarte importantă);

Parentificarea este concepută, de asemenea, şi ca un factor de protecţie, oferind copilului posibilitatea să descopere şi să-şi asume responsabilităţi importante, ceea ce poate determina valorizarea sa şi creşterea stimei sale de sine.

Aceste perioade de spitalizare oferă uneori un răgaz copilului, care poate totuşi să-i alimenteze culpabilitatea.

- afectând procesele de ataşament;
- reducând sensibilitatea faţă de modalităţile de exprimare a emoţiilor folosite de copiii lor;
- diminuând capacitatea de reglare emoţională;
- diminuând competenţele educaţionale;
- reducând susţinerea oferită copilului;
- oferind o tonalitate negativă interacţiunilor părinte–copil;
- reducând siguranţa părinţilor în interacţiunile cu propriii copii;
- făcând mai dificilă pentru părinţi înţelegerea schimbărilor antrenate de etapele de dezvoltare ale copiilor, ca şi adaptarea lor la aceste schimbări;
- facilitând acţiunea celorlalţi factori de stres care decurg din modificările statutului social şi economic al părintelui-pacient. Cronicizarea tulburărilor poate declanşa o reacţie în lanţ a evenimentelor negative, mergând de la pierderea locului de muncă până la situaţia de persoană fără domiciliu fix. Repetarea perioadelor de criză reduce radical capacităţile părinţilor de a se ocupa de copiii lor şi accelerează demararea unui proces de separare, de către serviciile sociale, putând duce la o pierdere totală a contactului[1].

Consecinţele acestor numeroşi factori de risc sunt foarte diverse. Pornind de la experienţa sa de 20 de ani cu copii ai unor părinţi diagnosticaţi cu schizofrenie, Bleuler (1974) observă că dacă anumiţi copii fuseseră victimele abuzului, un mare număr fuseseră neglijaţi. Dacă puţini copii dezvoltaseră tulburări psihotice, un mare număr sufereau, pe parcursul copilăriei, de anxietate şi de tulburări de comunicare. Numeroşi copii au dezvoltat ulterior depresie şi tulburări de comportament, dar acestea scădeau în intensitate dacă respectivii copii erau bine îngrijiţi. Pretis şi Dimova (2008) completează acest tablou semnalând dificultăţile de concentrare, dispoziţia oscilantă, scăderea rezultatelor şcolare.

---

[1] Mamele care suferă de tulburări psihice sunt de două ori mai dornice să menţină legătura cu copiii lor (prin tendinţa de a solicita întoarcerea la domiciliu sau prin vizite) decât taţii care suferă de aceleaşi tulburări (Jones, Macias, Gold, Barreira şi Fisher, 2008).

Factori de protecţie şi rezilienţă ai copiilor care au un părinte diagnosticat cu tulburări psihice

Numeroşi autori au observat că prezenţa unui părinte suferind de tulburări psihice, chiar dacă reprezintă „o situaţie de risc", nu duce mereu la dezvoltarea de tulburări psihice. În acest context, unul dintre studiile cele mai citate este acela elaborat de Rutter şi Quinton (1984) care au ţinut sub observaţie, pe parcursul a patru ani, copii ai căror părinţi prezentau tulburări psihice. Aceşti doi cercetători ajung la concluzia că o treime dintre copiii urmăriţi a dezvoltat o tulburare persistentă, o altă treime a dezvoltat tulburări temporare şi ultima treime nu a prezentat niciun fel de tulburare din punct de vedere emoţional şi comportamental. Pornind de la aceste rezultate, discutând de prevalenţa riscului legat de tulburarea psihică a părintelui, cercetătorii utilizează, în general, ceea ce a fost numit „regula treimilor" (Hall, 2004; Smith, 2004, de exemplu).

Existenţa copiilor rezilienţi în contextul riscant în care unul dintre părinţi prezintă tulburări psihice a ridicat problema *factorilor de protecţie* care pot explica acest tip de evoluţie. Printre primii care s-au interesat de această problemă, Kauffman, Grunebaum, Cohler şi Gamer (1979) au realizat un studiu de monitorizare a copiilor cu mame psihotice. Aceşti cercetători s-au interesat de un grup restrâns de copii, care erau deosebit de rezilienţi şi de competenţi chiar şi atunci când erau comparaţi cu un grup de control normal. Cei doi factori de protecţie care-i deosebeau pe aceşti copii — consideraţi „supercopii" — de ceilalţi erau prezenţa unui prieten bun şi relaţia apropiată cu un adult susţinător din afara familiei. În plus, mamele acestor copii percepeau într-un mod pozitiv relaţiile cu copiii lor şi se consacraseră mai mult acestora. Crearea ataşamentului faţă de un adult cu o bună sănătate psihică — parte din familie sau aparţinând sectorului social, educativ sau medical — şi deţinerea de informaţii despre tulburarea psihică de care suferă părintele său bolnav reprezintă doi factori de protecţie esenţiali pentru copil (Pretis şi Dimova, 2008).

Hinshaw (2004) aminteşte importanţa valorizării factorilor de protecţie care acţionează chiar în sânul familiei, începând cu aceia care îi permit părintelui-pacient să-şi manifeste rezilienţa în faţa tulburărilor care îi provoacă suferinţă. Hinshaw se sprijină pe propria experienţă pentru a descrie câţiva dintre aceşti factori de protecţie. De fapt, tatăl său, diagnosticat cu tulburare bipolară, a ştiut să-şi menţină un interes ridicat pentru muncă şi a rămas devotat părinţilor săi pe tot parcursul bătrâneţii acestora, a dat dovadă de

optimism şi de o puternică implicare spirituală, în ciuda fluctuaţilor de dispoziţie care-i provocau suferinţă. Dotat cu o inteligenţă vie, el a negociat cu boala lui oferindu-i un sens, integrând-o în istoria sa şi în aceea a familiei. A ales, de asemenea, să-i vorbească despre aceasta fiului său, fapt devenit posibil datorită susţinerii nestrămutate a soţiei sale.

Internetul a devenit, de aproximativ zece ani, un instrument important în crearea reţelelor de susţinere pentru copiii cu un părinte suferind de tulburări psihice. Situaţia prezentată în vigneta care urmează este aceea a Emmanuellei, a cărei mamă suferă de tulburări psihiatrice. Ea îşi comunică experienţa pe un forum pentru a veni în ajutorul persoanelor care trec prin aceeaşi situaţie, în cazul acesta al Magaliei. Ea aminteşte cu aceste ocazii suferinţele trăite, dar şi factorii de protecţie care au ajutat-o să facă faţă situaţiei, să crească şi să-şi înceapă viaţa de adult. Ajutându-i pe alţii, Emmanuelle se ajută pe ea însăşi.

VIGNETA 1

Mesajul Emmanuellei — a cărei mamă suferă de probleme de sănătate mentală — către Magalie, care trăieşte o situaţie identică

Mesajul 1: Bună seara, Magalie,

Nu, nu eşti singura care se află în această situaţie. Dacă citeşti forumurile, vei vedea că multe persoane trec prin aşa ceva. Îţi voi spune povestea mea. Acum am 35 de ani, dar şi eu am crescut cu o mamă schizofrenică. Acasă erau mai multe momente dificile decât bune. Mama mea este paranoică, se certa cu toată lumea şi deci eram destul de singuri... Am doi fraţi mai mici. Tatăl nostru şi-a luat repede tălpăşiţa când starea mamei s-a agravat! Aşa se face că de multe ori a trebuit să mă ocup singură de mama, de fraţii mei şi de mine. Vecinilor le era milă de noi şi mă ajutau când devenea prea violentă, ne luau la ei. Ca şi în cazul tău, atitudinea celorlalţi mi-a făcut mult mai mult rău decât mama. Nu sunt supărată pe mama, pentru că ştiu că e bolnavă, sunt supărată numai pe viaţă pentru că m-a privat de mamă. Vezi că nu eşti singură, Magalie. Dacă vrei sfaturi, nu-ţi pot spune decât să te protejezi, să te gândeşti la tine, să-ţi vezi de viaţa ta şi, mai ales, să nu ţii totul în tine.

Mesajul 2: Bună seara, Magalie!

Nu, nu m-am îndepărtat de mama. Momentul în care am plecat de acasă a fost dificil, mă gândeam că o să înnebunesc şi eu... Îmi spunea că o abandonez, iar eu aveam impresia că îmi abandonez fraţii. Dar toţi anii

petrecuți cu ea au fost atroce, multă singurătate, atitudinea celorlalți, așa cum îți spuneam, puține mâini întinse, având în vedere comportamentul bolnavei. Frații mei s-au mutat la tata. Am plecat la 20 de ani și acum nu regret, deoarece mă ocup mai bine de ea așa. Nu am reușit la școală, nu am obținut diplome, însă am reușit în plan familial și asta e foarte important pentru mine. În jurul meu sunt oameni care mă iubesc și, având-i, mă simt foarte puternică pentru a o ajuta pe ea. Mă gândesc mai puțin decât înainte la toate dificultățile prin care am trecut. Tu ai 25 de ani, cred, și este timpul să-ți trăiești viața. Azi-dimineață am fost la mama, îmi spunea chestii bizare, nu sunt sigură că își ia în mod regulat medicamentele. Îmi pot da seama de asta pentru că nu o văd zilnic. Pe scurt, trebuie să iei distanță. Protejează-te. Curaj!

Mesajul 3: Dragă Mag!

Mă bucur foarte mult că facem schimb de experiențe, mai ales dacă îți este de folos. Nu prea am chef să vorbesc despre copilărie, păstrez amintirile acelea pentru psihoterapeutul meu (merg la un psiholog de două luni, îi vorbesc despre toate acestea, dar nu știu încă dacă răscolirea trecutului e un lucru bun). Însă a fost cu adevărat dificil. Mă gândesc mai ales la adolescență și foarte mult la reacția celorlalți, așa cum îți spuneam. Adesea mă simt neputincioasă în fața delirului ei și țip pentru a o acoperi, ceea ce e mai rău. Poate că și tu pățești la fel? Uneori mă enervează atât de rău, încât țip. Este mai puternică decât mine, eu ajung la capătul puterilor și apoi mă învinovățesc. La 35 de ani reușește încă să-mi provoace teamă, este o prostie! Când o văd, mă simt încă o fetiță neputincioasă și terorizată. M-a traumatizat, asta e sigur. Tentativele de suicid, fantomele din casă... Pe scurt, un coșmar la care nu-mi vine nici măcar să mă gândesc. Dar acum sunt și eu mamă și am un soț genial. Fac tot ce pot pentru a nu mă comporta la fel ca ea cu fiica mea. Ea este modelul a ceea ce nu vreau să fiu. Soțul meu se stăpânește mult în relația cu ea și lucrurile merg bine. Face multe eforturi pentru ca fiica noastră să-și poată vedea bunica.

Mesajul 4: Bună ziua, Magalie,

Tocmai am citit mesajul tău de săptămâna trecută. Îmi pare rău că nu ți-am putut răspunde mai devreme. La această boală, cele mai dificile pentru apropiați sunt momentele de criză. Știu cum e, te simți neputincioasă. Cel mai greu mi se părea atunci când trebuia să o spitalizez cu forța. Evident, eu trebuia să semnez, mă implora să nu semnez. Nu mai știam ce să fac. La început nu voiam, apoi a avut o tentativă de suicid și mi-am spus că va muri dacă nu va fi supravegheată. Sufeream când o internam, dar

privind înapoi nu regret, deoarece de atunci îi merge mai bine, iar oamenii aceia sunt acolo pentru a o ajuta. Acum sunt convinsă că data viitoare voi şti cum să reacţionez. Spune-i psihologului dacă nu se simte bine sau vorbeşte cu medicul ei. E neplăcut, dar altă soluţie nu există. Trebuie să primeşti ajutor, îţi repet, nu poţi face totul singură. Sunt aici dacă ai nevoie, nu ezita. Te îmbrăţişez. Eşti curajoasă, sunt sigură de asta.

Mesajul 5: Salut Mag,

E bine că ai reuşit să găseşti ajutor pentru mama ta. Îi va fi mai bine, ai să vezi. Tu ai făcut ceea ce trebuia. Nici mama mea nu s-a înţeles cu soţul meu la început. Va fi o soluţie radicală, dar te sfătuiesc să pleci cu logodnicul tău fără să-i ceri ei părerea. Mai ales pentru tine va fi dificil. Mama ta va înţelege în cele din urmă. Între mama şi soţul meu s-au schimbat lucrurile atunci când el a înţeles că e bolnavă. Mama e atât de egoistă, încât nici nu concepe să fie părăsită, cred că nici măcar nu îşi dă seama. Gândeşte-te la tine, Magalie, este singurul sfat pe care ţi-l pot da.

Mesajul 6: Bună ziua, Magalie,

Ai un mic pas dificil de făcut, dar nu-ţi pierde curajul! Vei reuşi. Soluţia nu este să-ţi părăseşti prietenul pentru mama ta. Îţi amintesc că trebuie să te gândeşti la tine, nu cu ea vei trăi. Nu suntem mamele mamelor noastre, chiar dacă am avut aceeaşi impresie nu mai departe decât azi-dimineaţă, când am fost să-mi beau cafeaua la mama şi a trebuit s-o cert pentru că stătea într-o mizerie cumplită. Cel mai rău e că după ce am ţipat la ea am regretat, îmi dau seama că nu e asta soluţia. Dar, pe moment, m-am simţit uşurată. E nevoie ca prietenul tău să fie înţelegător şi să aibă răbdare, tu trebuie să-i spui asta, să-i explici. El nu a trecut prin ce ai trecut tu, dar îţi pot spune că iubirea te ajută să înţelegi multe lucruri. Pe mine m-a salvat faptul că am plecat şi mi-am văzut de viaţă cu soţul meu. Chiar dacă sunt oameni care m-au ajutat de-a lungul vieţii, soţului meu îi datorez totul. Fii atentă şi gândeşte-te la tine, Mag. Curaj!

Mesajul 7: Bună ziua, Mag,

Pentru puţin, Mag, pentru asta sunt aici! Nu sta pe gânduri dacă ai nevoie. Eu am luat-o de la capăt cu mama. Deliriază şi s-a încuiat în casă. Nu mai face cumpărături, nu se spală, nu-şi aruncă gunoiul. Îşi petrece viaţa în faţa televizorului, vorbind singură. Dar nu o voi lăsa aşa, i-am anunţat psihoterapeutul, la care nu a mai fost de trei luni! Îi voi cere ajutorul, pentru că acum chiar nu era momentul. Aştept un copil şi nu am chef să mă stresez cu asta.

Mesajul 8: colectiv

Da, e o surpriză, vom avea al doilea copil şi suntem foarte fericiţi. Vă mulţumesc pentru mesaje. Îmi face foarte bine să vorbesc cu voi, care trăiţi aceeaşi situaţie, mă simt mai puţin singură. Pe curând şi mult curaj tuturor.

Programe de intervenţie orientate către reziliență

De-a lungul anilor, au fost concepute numeroase programe de intervenţie pentru familiile în care unul dintre părinţi prezintă tulburări psihice.

- Pe baza rezultatelor obţinute de Beardslee şi Podorefsky (1988) studiind adolescenţii rezilienţi, Beardslee, Hoke, Wheelock, Rothberg, van de Velde şi Swatling (1992) au elaborat, în Statele Unite, un program de intervenţie pentru familiile în care părinţii suferă de tulburări afective. Programul debuta cu evaluarea tuturor membrilor familiei. Intervenţia consta în şase până la zece şedinţe cu părinţii sau cu copiii şi cel puţin două şedinţe cu întreaga familie.

Intervenienţii se focalizau pe transmiterea de informaţii către membrii familiei, referitoare la tulburările afective, ca şi la factorii de risc şi de protecţie care ar putea acţiona asupra copiilor. Ulterior, aceste informaţii erau puse în relaţie cu experienţele individuale şi ale întregii familii. În cele din urmă, intervenienţii încercau să creeze copiilor o înţelegere mai adecvată a tulburărilor părinţilor şi erau elaborate planuri care să ajute copilul să facă faţă viitorului. De atunci, acest program a fost evaluat şi îmbunătăţit.

- În Québec, Lew şi Boily (1999) au propus un protocol de intervenţie preventivă care cuprinde 14 etape, dintre care unele pot fi ignorate, în funcţie de particularităţile fiecărei familii.

Acest protocol urmăreşte cu precădere depistarea copiilor persoanelor spitalizate pentru tulburări psihice, validarea măsurilor adoptate verificând dacă răspund nevoilor şi intereselor copiilor, întâlniri cu copilul, organizarea vizitei copilului la părintele spitalizat, întâlnirea copilului cu psihiatrul care se ocupă de caz.

- Un alt program de intervenție, care urmărește în mod explicit dezvoltarea rezilienței unor copii proveniți din părinți cu tulburări psihice, a făcut obiectul tezei de doctorat a lui Gutjahr (2007), prezentată la Facultatea de Psihologie a Universității Spalding din Louisville. Acest program, cu o durată de 30 de săptămâni, urmărește patru obiective și precizează modalitățile pentru a le atinge.

(1) O înțelegere mai adecvată a bolii psihice

— prin urmărirea dobândirii unei informații exacte despre simptomele acesteia;
— prin explorarea problemei fricii generate de bolile psihice;
— prin discutarea aspectelor asociate culpabilității și rușinii;
— prin explorarea problemei stigmatizării;
— prin reflectarea la impactul bolii psihice asupra tuturor membrilor familiei.

(2) Ameliorarea practicilor parentale

— prin înmulțirea interacțiunilor pozitive și diminuarea interacțiunile negative;
— prin întărirea comportamentelor de atașament ameliorate;
— prin favorizarea achiziției de informații referitoare la dezvoltarea copilului;
— prin îmbunătățirea modalităților de rezolvare a conflictelor;
— prin mai buna reglare a afectelor și exprimare a emoțiilor;
— prin încurajarea disciplinei;
— prin explorarea impactului bolii psihice asupra practicilor parentale.

(3) Ameliorarea capacității de gestionare a situației

— prin diminuarea izolării sociale;
— prin ameliorarea relațiilor interpersonale;
— prin reducerea factorilor de stres;
— prin sporirea numărului ieșirilor din casă și al distracțiilor adecvate din punct de vedere social;
— prin creșterea stabilității financiare.

(4) Construirea rezilienței

— prin creșterea susținerii sociale;
— prin ameliorarea capacităților de rezolvare de probleme;
— prin elaborarea unor proiecte lipsite de risc și unor strategii de gestionare a crizelor;
— printr-o mai bună înțelegere a propriei persoane;
— prin dezvoltarea gândirii pozitive.

Programul lui Gutjahr se derulează în patru etape, care vizează:

- evaluarea inițială a impactului bolii psihice a părintelui asupra familiei (*prima etapă*);
- informarea familiei referitor la boala psihică, impactul simptomelor acesteia asupra practicilor parentale și impactul psihologic pe termen scurt și lung asupra copilului (*a doua etapă*);
- discutarea modalităților de acțiune ale bolii psihice — în plan emoțional, cognitiv și comportamental — asupra fiecărui membru al familiei (*a treia etapă*);
- diminuarea numărului de ședințe familiale și completarea programului cu componenta terapie de grup/susținere de grup, care se derulează separat pentru părinți, adolescenți și copii (*etapa a patra*).

Primele trei etape ocupă șapte–opt ședințe, în timp ce a patra nu are o durată prestabilită și poate dura atât cât este necesar. Primele două ședințe se adresează părinților, a treia copiilor, iar următoarele sunt ședințe familiale.

Acest program este destinat familiilor în care cel puțin un părinte prezintă tulburări psihice grave, care afectează mai multe sectoare ale vieții sale. Pentru a profita la maximum de pe urma acestui program, părinții trebuie să beneficieze de servicii de sănătate mentală (cel mai adesea medicație, terapie individuală/de grup, spitalizare dacă este cazul). Trebuie controlată respectarea tratamentului medicamentos. În plus, e nevoie ca părinții să recunoască faptul că simptomele bolii lor provoacă probleme familiei. Sunt excluse familiile:

- în care utilizarea substanțelor de abuz reprezintă o cauză majoră a disfuncționalității familiale;
- în care, din cauza maltratării sau a neglijenței, copiii a trebuit să fie plasați în familii de plasament;
- în care a fost depistat abuzul sexual al copilului;
- în care părinții au diagnosticul dublu de tulburare psihică–retard mental (indiferent dacă acesta din urmă este ușor sau mai grav).

Gutjahr recomandă, de asemenea, un model logic al evaluării, vizând:

(a) *cunoștințele* transmise pe parcursul aplicării programului. În acest scop, au fost elaborate chestionare separate pentru copii, adolescenți, părintele cu tulburări psihice și partenerul acestuia;

(b) *practicile parentale*, evaluate cu *Adult-Adolescent Parenting Inventory-2* de Bavolek;

(c) *funcționarea familială*, evaluată cu *Family Environment Scale* de Moos și Moos;

(d) *tulburările emoționale și comportamentale* ale copiilor și ale tinerilor adulți, evaluate cu *Behavior Assessment of Children (second edition)*, de Reynolds și Kamphaus;

(e) *satisfacția* față de programul aplicat, măsurată cu forma pentru adulți și forma pentru copii/adolescenți a *Child Resilience Program Satisfaction Survey*.

- *Rețeaua Socială Novateur* („Social Innovative Network" sau *SINN*) este un centru situat la Graz (în Austria) care se ocupă cu depistarea copiilor ce trăiesc într-o familie în care unul dintre membri (cel mai adesea, unul dintre părinți) prezintă o tulburare psihică și care acordă sprijin educativ Serviciilor de Intervenție Precoce ale Austriei (Pretis și Dimova, 2008)[1].

Personalul *SINN* (un psihiatru, un psiholog clinician specializat în psihologia copilului și un educator specializat) evaluează resursele copiilor și posibilele amenințări la adresa dezvoltării lor și elaborează programe de intervenție individualizate pentru familiile[2] lor. Aceste activități se derulează într-o strânsă colaborare cu serviciile sociale și pe bază de voluntariat al părinților. Pretis și Dimova ne informează că, în fiecare săptămână, o nouă familie apelează la serviciile *SINN*.

Programul oferit de *SINN* susține atașamentul copiilor față de cel puțin un adult care nu prezintă tulburări psihice (de exemplu, o rudă apropiată, o mătușă care poate reprezenta un substitut matern, un cadru didactic sau un asistent social).

Depistarea copiilor nu este facilă, deoarece tulburările părintelui sunt, în general, probleme ascunse, a căror împărtășire este interzisă. Adesea, poate fi realizată pornind de la schimbările din comportamentul copilului, care

---

[1] Informarea privitoare la tulburările psihice ale părinților, la efectele lor asupra copiilor și sensibilizarea publicului la nevoile acestor copii au fost mult îmbunătățite grație inițiativelor europene [precum programul „Child and adolescent mental health in enlarged EU – development of effective policies and practices" (Sănătatea mentală a copilului și adolescentului în Uniunea Europeană lărgită – dezvoltarea unor politici și practici eficiente), cunoscut sub numele de CAMHEE] și rețelelor create (precum „Crossing bridges", vezi Tanner, 2000).

[2] Specificitatea factorilor de stres, diferiți de la o familie la alta, duce la necesitatea elaborării unor programe de intervenție individualizate.

dovedesc existența unor factori de stres acasă. Aceste schimbări pot fi observate de cadrele didactice sau de asistenții sociali.

Un instrument important utilizat de echipa *SINN* este *Lista de depistare a factorilor de reziliență ai copilului*. Această listă este formată dintr-o serie de întrebări simple care permit depistarea inițială a factorilor de reziliență ai copilului, ca și ai factorilor de stres care îl pot afecta. Întrebările au în vedere trei tipuri de factori: „Eu am", „Eu pot" și „Eu sunt".

Factorii „Eu am" pot fi considerați resurse exterioare și corespund posesiunilor copilului sau susținerii sociale de care dispune. „Ai o persoană care te iubește?" este un exemplu din seria „Eu am", iar această întrebare urmărește explorarea atașamentului. Dacă răspunsul copilului este „Da", clinicianul continuă, punându-i alte întrebări: „Pe cine iubești tu?", „Cum îți dai seama?"

Factorii de tip „Eu pot" reprezintă competențe sau abilități pe care copilul le poate utiliza. De exemplu, citățm întrebarea „Poți vorbi cuiva despre lucrurile care te înspăimântă sau care te îngrijorează?", care face parte din această a doua serie de întrebări.

Factorii de tip „Eu sunt" reflectă resursele interne ale copilului, bazate pe reprezentarea pe care o are despre el însuși. Astfel, în categoria „Eu sunt" figurează, de exemplu, întrebarea „Ești bucuros atunci când îi ajuți pe ceilalți — de exemplu, pe...?"

Un procentaj ridicat de răspunsuri „Nu" sau „Nu sunt sigur" indică faptul că factorii de reziliență de care dispune copilul sunt limitați și că trebuie contactat partenerul părintelui care prezintă tulburări. Menționăm, de asemenea, că utilizarea listei de depistare a factorilor de reziliență ai copilului îi permite acestuia să perceapă specialistul din domeniul sănătății mentale ca pe un partener demn de încredere, cu care poate comunica despre neliniștile sale.

- În Australia, Hargreaves, Bond, O'Brien, Forer și Davies (2008) propun programul „Paying Attention to Self" sau *PATS*. Obiectivul acestui program este promovarea unei bune sănătăți psihice în rândul tinerilor, reducerea posibilității de apariție a tulburărilor psihiatrice, dezvoltarea unor strategii de adaptare și a capacitării lor pentru a răspunde propriilor nevoi și celor ale familiei. *PATS* combină susținerea colectivă oferită de cei de-o seamă, de grupurile de lucru și de participarea amplă a tinerilor. Se angajează să pună la dispoziție o plajă largă de activități imediat realizabile, oferind șansa de a dezvolta abilități utile printr-o abordare ludică. Noțiunea de plăcere trebuie să însoțească toate achizițiile. Succesul cunoscut de *PATS* se datorează promovării

ideii că a fost pus în practică de tineri, pentru tineri și că este extrem de atractiv.

- Un alt program utilizat în Australia este „Koping Adolescent Group Program" sau *KAP* (Fraser și Pakenham, 2008), aplicat în Queensland. Pune accentul pe susținerea oferită tinerilor cu vârste cuprinse între 12 și 18 ani ai căror părinți prezintă tulburări psihice, de către copii aflați în aceeași situație.

Obiectivele *KAP* sunt îmbunătățirea informațiilor despre sănătatea mentală, a legăturilor cu persoane aflate în situații asemănătoare și a strategiilor de adaptare. Este format din trei ședințe de grup a câte șase ore, care au loc o dată la 15 zile. Strategiile utilizate sunt diverse: intervenție psiho-educativă, exersarea îmbunătățirii strategiilor de adaptare, susținerea acordată de cei aflați în aceeași situație, discuții în grup, teste de cunoștințe și alte activități precum arta, lucrul manual, jocurile etc. Grupurile sunt formate din patru până la șase participanți și sunt animate de doi clinicieni. Fiecare ședință este consacrată unei anumite teme:

— prima, „A comunica și a învăța", se focalizează asupra stabilirii relațiilor între membrii grupului și a intervenției psihoeducative pe tema tulburărilor psihice;
— a doua ședință, „Stresul în familie", este dedicată explorării trăirilor participanților referitoare la faptul de a avea un părinte cu tulburări psihice;
— a treia ședință, „Viitorul se anunță bun", este dedicată explorării strategiilor de adaptare la stres.

Evaluarea *KAP* a fost realizată pe un grup experimental (N = 27) și pe un grup de control/listă de așteptare (N = 27). Subiecții aveau vârsta cuprinsă între 12 și 18 ani. Grupul experimental și cel de control au fost comparate în funcție de trei serii de variabile corespunzătoare scopurilor intervenției: informații referitoare la sănătatea mentală, adaptarea la situația prezentă (prezența manifestărilor depresive, a dificultăților emoționale și comportamentale, comportament prosocial, satisfacție față de viață) și traiul ca îngrijitor al unui părinte suferind de o tulburare psihică. Comparațiile intergrupuri nu au scos în evidență niște efecte semnificative ale intervenției cu *KAP*. Fraser și Pakenman consideră că aceste rezultate atestă necesitatea revizuirii programului și a unor noi evaluări. Totuși, în comparație cu grupul de control,

analizele aprofundate ale schimbării clinice sugerează că mai mulți participanți la grupul experimental prezintă ameliorări semnificative în ceea ce privește informațiile despre problemele de sănătate psihică, nivelul de depresie și satisfacția vieții. Aceste câștiguri se mențin la opt săptămâni după tratament. Se consideră că satisfacția pe care *KAP* o generează participanților contribuie la menținerea achizițiilor menționate.

Concluzie

Diversele situații dificile prezentate în acest capitol — maltratarea, boala, divorțul, decesul sau tulburarea sănătății psihice a unui părinte — riscă să influențeze în mod negativ procesele de dezvoltare ale copiilor care sunt confruntați cu acestea și au, de asemenea, un impact asupra familiei și mediului lor. Unii copii reușesc în mod natural, fără ajutorul profesioniștilor din domeniul sănătății mentale, să dea dovadă de reziliență, dar alții pot fi zdruncinați și pot deveni vulnerabili, prezentând probleme psihologice. Mai multe piste au fost schițate pentru ei și familiile lor, urmărind restabilirea echilibrului balanței dinamice dintre risc și protecție și deplasarea către reziliență.

Este important ca depistarea copiilor care trăiesc astfel de situații traumatizante să fie realizată cât mai precoce posibil și să se intervină într-o manieră adecvată. Factorii de protecție trebuie să fie implementați în cadrul unei intervenții ecosistemice individualizate, în care copilul și familia sa sunt considerați parteneri ai specialiștilor. Anumiți factori de protecție au fost citați în mai multe rânduri și par a putea fi considerați activi într-o manieră „transadversitate".

Din această categorie, putem cita:

- a da sens experienței trăite și a-și însuși soluția (*empowerment*);
- a furniza informații referitoare la situația potrivnică întâlnită și a ajuta copilul să înțeleagă că nu el este responsabil pentru ce se întâmplă;
- a menține activitățile familiale obișnuite structurante pentru dezvoltarea copilului, iar aceasta, într-un context de plăcere împărtășită;
- a învăța noi strategii de adaptare și de rezolvare de probleme;
- comunicarea cu o persoană care traversează sau a traversat aceeași situație de adversitate;
- posibilitatea de a-și recunoaște suferința și emoțiile resimțite și de a le exprima (prin cuvânt, jocuri, activități de art-terapie etc.);

- a utiliza resursele disponibile — programe de intervenţie, cărţi cu caracter educativ (pentru copil, pentru părinţi şi pentru fraţi), internet, asociaţii, grupuri terapeutice, voluntari etc.;
- prezenţa unui tutore de reziliență care să poată oferi (copilului, părinţilor săi şi fraţilor) ocazii de autovalorizare şi de descoperire a unor noi modalităţi de a face faţă situaţiei;
- a implica familia lărgită, mediile în care trăieşte copilul (grădiniţă, şcoală, activităţi de petrecere a timpului liber) şi a recurge la susţinere socială.

Copilul va trebui să beneficieze de acompaniament pentru a plasa contextul dificil în istoria sa de viaţă şi pentru a se putea proiecta în viitor cu speranţă, graţie unei distanţări faţă de adversitate. Pentru ca personalul de intervenţie să dezvolte competenţe adecvate de susţinere a punctelor forte ale copilului şi familiei, este necesară implementarea unor programe de formare în domeniul rezilienţei asistate.

Bibliografie

Ahrons C. (2004), *We're still family*, New York, Harper Collins.

Alpert-Gillis L.J., Pedro-Carroll J.L., Cowen E.L. (1989), Children of Divorce Intervention Program: Development, implementation and evaluation of a program for young urban children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 57, p. 583–587.

Amato P.R. şi Keith B. (1991), Parental divorce and the well-being of the children: A meta-analysis, *Psychological Bulletin*, vol. 110, p. 26–46.

Amato, P.R., Loomis L. şi Booth A. (1995). Parental divorce, marital conflict and offspring well-being during early childhood, *Social Forces*, vol. 73, p. 895–915.

Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România (2003), DSM IV-TR. *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale*, Bucureşti.

Annequin D. (2000), Douleur de l'enfant: une reconnaissance tardive, *La Recherche*, vol. 336, p. 42–47.

Banyard V. şi Williams L.M. (2007), Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, nr. 3, p. 275–290.

Barbarin O.A. şi Chesler M. (1986), The medical context of parental coping with childhood cancer, *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, nr. 2, p. 221–235.

Barnes G.G. (1999), Divorce transitions: Identifying risk and promoting resilience for children and their parental relathionships, *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 25, p. 425–441.

Beach S.R.H., Brody G.H., Gunter T.D., Packer H., Wermett P. şi Philibert R.A. (2010), Child maltreatment moderates the association of MAOA with symptoms of depression and antisocial personality disorder, *Journal of Family Psychology*, vol. 21, nr. 1, p. 12–20.

Beardslee W.R. şi Podorefsky D. (1988), Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships, *American Journal of Psychiatry*, vol. 145, nr. 1, p. 63–69.

Beardslee W.R., Hoke L., Wheelock I., Rothberg P.C., Van de Velde P. şi Swatling S. (1992), Initial findings on preventive intervention for families with parental affective disorders, *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, p. 1335–1390.

Bélanger L. şi Blouin M. (2010), La croisière des sentiments: un programm de soutien aux jeunes victimes d'abus sexuel, în D. Lafortune, M.-M. Cousineau şi C. Tremblay (coord.), *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 149–162.

Bellin M.H. şi Kovacs P.J. (2006), Fostering resilience in siblings of youth with a cronic health condition: A review of the literature, *Health and Social Work*, vol. 31, nr. 3, p. 209–216.

Bennett D.S., Snooks Q., Llera S., Vogel K., Conklin D. şi Varlotta L. (2008), Monitoring and internalizing symptoms among youth with cystic fibrosis, *Children's Health Care*, vol. 37, nr. 4, p. 278–292.

Bleuler M. (1974), The offspring of schizophrenics, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 8, p. 93–107.

Bolger K.E. şi Patterson C.J. (2003), Sequelae of child maltreatment: Vulnerability and resilience, în S. Luthar (coord.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, New York, Cambridge University Press, p. 156–181.

Boonen S. şi Vangehuchten B. (2007), *L'opération de Lucas*, St-Lambert, Éditions Enfants, Québec.

Bradley Eilertsen M.-E., Kristiansen K., Reinfjell T., Rannestad T., Indredavik M.S. şi Vik T. (2009), Professional collaboration — support for children with cancer and their families — focus group interview — a source of information and knowledge — professionals' perspectives, *Journal of Interprofessional Care*, vol. 23, nr. 4, p. 355–368.

Brami E. şi Schamp T. (2000), *Et puis après on sera mort*, Paris, Seuil Jeunesse.

Bruce, J.E., Quirke S. şi Shaw S.R. (2010), Families of children with genetic disorders, în P.C. McCabe şi S.R. Shaw (coord.), *Genetic and acquired disorders*, Washington, Corwin Press, p. 59–67.

Campbell-Sills L., Forde D.R. şi Stein M.B. (2009), Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample, *Journal of Psychiatric Research*, vol. 43, nr. 12, p. 1007–1012.

Cappelli M., McGrath P.J., Daniels T., Manion I. şi Schillinger K. (1994), Marital quality of parents of children with spina bifida: A case-comparison study, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 15, nr. 5, p. 320–326.

Cassidy J. şi Mohr J.J. (2001), Unsolvable Fear, Trauma and Psychopathology: Theory, Research and Clinical Considerations Related to Disorganized Attachment Across The Life Span, *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 8, nr. 3, p. 275–298.

Charuvastra A. şi Cloitre M. (2008), Social Bonds and posttraumatic stress disorder, *Annual Review of Psychology*, vol. 59, p. 301–328.

Chase-Lansdale P.L., Mott F.L., Brooks-Gunn J. şi Phillips D. (1991), Children of the National Longitudinal Survey of Youth: A unique research opportunity, *Developmental Psychology*, vol. 27, p. 919–931.

Chen J.-D. şi George R.A. (2005), Cultivating resilience in children from divorced families, *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, vol. 13, nr. 4, p. 452–455.

Cherlin A.J., Furstenberg F.F. Jr., Lindsay P., Chase-Landsdale P.L., Kierman K.E., Robins P.K., Morrison D.R. şi Teitler J.O. (1991), Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States, *Science*, vol. 252, p. 1386–1389.

Chou L. şi Hunter A. (2009), Factors affecting quality of life in Taiwanese survivors of childhood cancer, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, nr. 10, p. 2131–2141.

Cicchetti D. şi Rogosh F.A. (1997), The role of self-organization în the promotion of resilience în maltreated children, *Development and Psychopathology*, vol. 9, 795–815.

Cicchetti D., Rogosh F.A., Lynch M. şi Holt K.D. (1993), Resilience in maltreated children: Pocesses leading to adaptive outcome, *Development and Psychopathology*, vol. 5, 629–647.

Clark B. şi Bourgeaois P. (2006), *Franklin va à l'hôpital*, carte adaptată de M.-F. Floury, Paris, Éditions Deux Coqs d'Or.

Coster W. şi Chicchetti D. (1993), Research on the communicative development of maltreated children: Clinical implications, *Topics in Language Disorders*, vol. 13, nr. 4, p. 25–38.

Cyrulnik B. (2001), *Les vilains petits canards*, Paris, Éditions Odile Jacob.

Daniel B. (2006), Operationalizing the concept of resilience in child neglect: Case study research, *Child: Care, Health and Development*, vol. 32, nr. 3, p. 303–309.

Daniel M. (2005), Beyond liminality: Orphanhood and marginalization in Botswana, *African Journal of AIDS Research*, vol. 4, nr. 3, p. 195–204.

Dayan C., Picon I., Scelles R. şi Bouteyre E. (2006), Groupes pour les frères et sœurs d'enfant malade ou handicapé: état de la question, *Pratiques psychologiques*, vol. 12, p. 221–238.

Denning E.M. (1976), An analysis of the effects of differing social-emotional classroom climates on students who have been identified as „high risk" in terms of emotional handicaps, *Dissertation Abstracts International*, vol. 37, nr. 3–A, p. 1487.

Detraux J.-J. şi Di Duca M. (2009), Les relations famille-professionnels: un accordage nécessaire pour favoriser le processus de résilience, în N. Nader-Grosbois (coord.), *Résilience, régulation et qualité de vie. Concepts, évaluation et intervention*, Louvain-la-neuve, Presses Universitaires de Louvain, p. 121–130.

Dixon L., Browne K. şi Hamilton-Giachritsis C. (2009), Patterns of risk and protective factors in the intergenerational cycle of maltreatment, *Journal of Family Violence*, vol. 24, nr. 2, p. 111- 122.

Dolto C., Boucher J. şi Faure-Poire C. (2004), *L'opération*, Paris, Gallimard Jeunesse.

Dolto-Tolitch C. (2006), *Si on parlait de la mort*, Paris, Gallimard Jeunesse.

Dowdney L. (2000), Childhood bereavement following parental death, *Journal of Child Psychology and Psychiatry & Allied Disciplines*, vol. 41, p. 819–830.

Doyle C. (2001), Surviving and coping with emotional abuse in childhood, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 6, p. 387–402.

Dozier M., Lindhiem O., Lewis E., Bick J., Bernard K. şi Peloso E. (2009), Effects of a foster parent training program on young children's attachment behaviors: Preliminary evidence from a randomized clinical trial, *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 26, p. 321–332.

Drapeau S., Mireault T.G., Fafard A. şi Cloutier R. (1993), Évaluation d'un programme d'intervention offert aux enfants de parents séparés: le programme „Entramis", *Apprentissage et Socialisation*, vol. 16, p. 65–77.

DuMont K.A., Widom C.S. şi Czaja S.J. (2007), Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics, *Child Abuse and Neglect*, vol. 31, nr. 3, p. 255–274.

Emery R.E. (1999), *Marriage, divorce and children's adjustment*, Newbury Park, Sage.

Eppler C. (2008), Exploring themes of resiliency in children after the death of a parent, *Professional School Counseling*, vol. 11, nr. 3, p. 189–196.

Erickson M.E., Egeland B. şi Pianta R. (1989), The effects of maltreatment on the development of young children, în D. Cicchetti şi V. Carlson (coord.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge, Cambridge University Press.

Ertem I.O., Leventhal J.M. şi Dobbs S. (2000), Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence?, *Lancet*, vol. 356, p. 814–819.

Eshed Bar-Sade I. (2008), *Is there a construct of resilience in fathers who were neglected in childhood and do not maltreat their own children?* Alliant International University, San Francisco Bay.

Flores E., Cicchetti D. şi Rogosh F. (2005), Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children, *Development and Psychopathology*, vol. 41, p. 338–351.

Fournier-Charrière E., Lassauge F. şi Rocard C. (2002), Évaluation de la douleur chez le jeune enfant: du nouveau né à l'âge préscolaire, în *Les évaluations complexes de la douleur*, Lyon, Société d'étude et de traitement de la douleur.

Fraser E. şi Pakenham K.I. (2008), Evaluation of a resilience-based intervention for children of parents with mental illness, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, p. 1041–1050.

Gabel M. (1999), De la difficulté de dire pour les familles à la difficulté d'entendre pour les intervenants, *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, vol. 47, nr. 3, p. 117–124.

Geoffrion L. (2003), Les enfants victimes de violence intra-familiale: la situation au Québec, *Journal international de victimologie*, vol. 1, nr. 3, p. 21–25.

Greef A.P. şi Van Der Merwe S. (2004), Variables associated with resilience in divorced families, *Social Indicators Research*, vol. 68, p. 59–75.

Greef A.P. şi Human B. (2004), Resilience in families in which a parent has died, *The American Journal of Family Therapy*, vol. 32, p. 27–42.

Grill J., Renaux-Kieffer V., Bulteau C. şi Kalifa C. (1998), Séquelles neuropsychologiques des enfants traits pour tumeur cérébrale: évaluation et facteurs de risque, *Archives Pédiatriques*, vol. 5, p. 167–173.

Grizzle J.C. (2008), *Developmental differences in relations among parental protectiveness, attachment, social skills, social anxiety and social competence in juveniles with asthma or diabetes*, Texas A&M University.

Grossman F.K., Sorsoli L. şi Kia-Keating M. (2006), A gale force wind: Meaning making by male survivors of childhood sexual abuse, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 76, nr. 4, p. 434–443.

Gutjahr A.R. (2007), *Child resilience program. An intervention for children of chronically mentally ill patients*, Teză de doctorat nepublicată, Louisville, The School of Psychology, Spalding University.

Haase J.E. (2004a), The adolescent resilience model as a guide to interventions, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, vol. 21, nr. 5, p. 289–299.

Haase J.E. (2004b), Resilience, în S. Peterson şi T. Bredow (coord.), *Middle range theories: Application to nursing research*, Philadelphia, Lippincott William & Wilkins.

Hall A. (2004), Parental psychiatric disorder and the developing child, în M. Gopfert, J. Webster şi M. Seeman (coord.), *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families* (p. 22–49), Cambridge, Cambridge University Press.

Hargreaves J., Bond L., O'Brien M., Forer D. şi Davies L. (2008), The PATS Peer Support Program: Prevention/early intervention for adolescents who have a parent with mental illness, *Youth Studies Australia*, vol. 27, nr. 1, p. 43–51.

Harvey R. (1999), *Caillou est malade*, Montréal, Édition Chouette Inc.

Haskett M.E., Nears K., Ward C.S. şi McPherson A.V. (2006), Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning, *Clinical Psychology Review*, vol. 26, nr. 6, ,p. 796–812.

Henry D.L. (2002), Resilient Children, *Social Work in Health Care*, vol. 34, nr. 3, p. 283–298.

Herman J.L. (1992), *Trauma and recovery*, New York, Basic Books.

Herrenkohl T.I., Sousa C., Tajima E.A., Herrenkohl R.C. şi Moylan C.A. (2008), Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence, *Trauma, Violence and Abuse*, vol. 9, nr. 2, p. 84–99.

Hetherington E.M. şi Kelly J. (2002), *For better or worse: Divorce reconsidered*, New York, Norton.

Hetherington E.M. şi Stanley-Hargan M. (1999), The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 40, p. 129–140.

Hinshaw S.P. (2004), Parental mental disorder and children's functioning, silence and resilience, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 33, nr. 2, p. 400–411.

Houck G.M. şi King M.C. (1989), Child maltreatment: Family characteristics and developmental consequences. Special Issue: Family violence, *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 10, nr. 3–4, p. 193–208.

Hughes H.M. şi DiBrezzo R. (1987), Physical and emotional abuse and motor development: A preliminary investigation, *Perceptual and Motor Skills*, vol. 64, p. 469–470.

Ionescu S. (2010), *Psychopathologie de l'adulte. Fondements et perspectives*, Paris, Belin.

Iwaniec D. (2004), *Children Who Fail to Thrive: A Practice Guide*, Chichester, John Wiley & Sons.

Iwaniec D., Larkin E. şi Higgins S. (2006), Research Review: Risk and resilience in cases of emotional abuse, *Child and Family Social Work*, vol. 11, nr. 1, p. 73–82.

Jaffee S.R., Caspi A., Moffitt T.E., Polo-Tomas M. şi Taylor A. (2007), Individual, family and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model, *Child Abuse and Neglect*, vol. 31, p. 231–253.

Jones D., Macias R.L., Gold P.B., Barreira P. şi Fisher W. (2008), When parents with severe mental illness lose contact with their children: are psychiatric symptoms or substance use to blame?, *Journal of Loss and Trauma*, vol. 13, p. 261–287.

Jourdan-Ionescu C. (1999), Problèmes éthiques et pratiques du psychologie de l'enfance, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 20, nr. 1, p. 75–93.

Jourdan-Ionescu C. (2010), L'humour comme facteur de résilience pour les enfants à risque et leur famille, *Bulletin de psychologie*, vol. 63, nr. 6.

Jourdan-Ionescu C. şi Desaulniers R. (1999), Le concept d'intervention famille soutien, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 20, nr. 1, p. 157–171.

Jourdan-Ionescu C. şi Julien-Gauthier F. (2004), Développement du réseau de soutien social pour faciliter la participation social de jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle, în E. Palacio-Quintin, J.-M. Bouchard şi B. Terrisse (coord.), *Questions d'éducation familiale*, Outremont, Les éditions Logiques, p. 501–528.

Jourdan-Ionescu C., Julien-Gauthier F., Saint-Arnaud I. şi Bilodeau M.-C. (2006), Développer les compétences et soutenir la motivation des „pair-mentors" auprès de jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle, în H. Gascon, J.-R. Poulin,

J.-J. Detraux, D. Boisvert şi M.-C. Haelewick (coord.), *Déficience intellectuelle: Savoirs et perspectives d'action. Tome 2 Formation, interventions, adaptation et soutien social*, Cap Rouge, Presses Inter Universitaires, p. 417–426.

Jourdan-Ionescu C., Méthot L. şi St.-Arnaud I. (2006), Séparation parentale et maladie d'un enfant, în S. Ionescu et C. Jourdan-Ionescu (coord.), *Psychopathologies et société: traumatismes, événements et situations de vie*, Paris, Vuibert, p. 57–80.

Jourdan-Ionescu C., Palacio-Quintin E., Desaulniers R. şi Couture G. (1998), *Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce*, Raport de cercetare prezentat în faţa Consiliului de cercetare socială din Québec, Trois-Rivières, GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.

Kain Z.N., Mayes L.C., Chichetti D.V., Bagnall A.L., Finley J.D. şi Hofstadter M.B. (1997), The Yale Preoperative Anxiety Scale: How does it compare with a „Gold standard"?, *Anesthesia Analgesia*, vol. 85, p. 783–788.

Kauffman C., Grunebaum H., Cohler B. şi Gamer E. (1979), Superkids: Competent children of psychotic mothers, *American Journal of Psychiatry*, vo. 136, nr. 11, p. 1398–1402.

Kaufman J. (2008), Genetic and environmental modifiers of risk and resiliency in maltreated children, în J.J. Huzdiak (coord.), *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*, Arlington, American Psychiatric Publishing Inc., p. 141–160.

Kaufman J. şi Zigler E. (1989), The intergenerational transmission of child abuse, în D. Chiccettiet, V. Carlson (coord.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 129–150.

Kaufman J. şi Zigler E. (1993), The intergenerational transmission of abuse is overstated, în R.J. Gelleset şi D.R. Loseke (coord.), *Current controversies on family violence*, California, Sage, p. 209–221.

Kaufman J., Cook. A., Arny L., Jones B. şi Pittinsky T. (1994), Problems defining resilience: Illustrations from the study of maltreated children, *Development and Psychopathology*, vol. 6, p. 215–229.

Kazak A.E., Alderfer M.A. şi Rodriguez A.M. (2009), Psychosocial and behavioral issues in cancer survival in pediatric populations, în S.M. Miller, D.J. Bowen, R.T. Croyle şi D.H. Rowland (coord.), *Handbook of cancer control and behavioral science: A resource for researchers, practitioners and policymakers*, Washington, American Psychological Association, p. 449–465.

Kelly J.B. şi Emery R.E. (2003), Children's adjustment following divorce: Risk and resilience perspectives, *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, vol. 52, p. 352–362.

Kendall-Tackett K.A. şi Eckenrode J. (1996), The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective, *Child Abuse and Neglect*, vol. 20, p. 161–169.

Kendall-Tackett K.A., Williams L.M. şi Finkelhor D. (1993), Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies, *Psychological Bulletin*, vol. 113, p. 164–189.

Kendirgi M. şi Jourdan-Ionescu C. (1998), Retards de croissance: évaluation d'une population québécoise d'enfants maltraités, *Le Médecin du Québec*, vol. 33, nr. 3, p. 73–80.

Kessler R.C., Davis C.G. şi Kendler K.S. (1997), Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the U. S. National Comorbidity Survey, *Psychological Medicine*, vol. 27, p. 1101–1119.

Kim J. (2008), The protective effects of religiosity on maladjustement among maltreated and nonmaltreated children, *Child Abuse and Neglect*, vol. 32, p. 711–720.

Kushner M.A. (2009), A review of the empirical literature about child development and adjustment post separation, *Journal of Divorce & Remarriage*, vol. 50, p. 496–516.

Lafortune D., Cousineau M.-M. şi Tremblay C. (coord.) (2010), *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Lahaye M., Van Broeck N., Bodart E. şi Luminet O. (2009), L'impact des compétences émotionnelles sur la qualité de vie des enfants souffrant d'asthme, în N. Nader-Grosbois (coord.), *Résilience, régulation et qualité de vie. Concepts, évaluation et intervention*, Louvain-la-Neuve, Presses Universitaires de Louvain, p. 91–96.

Latimer J. (1998), *Les conséquences de la violence faite aux enfants. Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé*, Ottawa, Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.

Lew V. şi Boily M. (1999), Les risques psychosociaux chez les enfants de personnes atteintes de maladie mentale, în E. Habimana, L. Ethier, D. Petot şi M. Tousignant (coord.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 555–576.

Lin K., Sandler I.N., Ayers T.S., Wolchik S.A. şi Luecken L.J. (2004), Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 33, nr. 4, p. 673–683.

Lindquist I. (1985), *L'enfant à l'hôpital la thérapie par le jeu*, Suède, Editurile ESF.

Lutzke J.R., Ayers T.S., Sandler I.N. şi Barr A. (1996), Risks and interventions for the parentally bereaved child, în S. Wolchik şi I. Sandler (coord.), *Handbook of children's coping: Linking theory and interventions*, New York, Plenum, p. 215–244.

Manderson J. şi McCune N. (2004), Enquiry about the needs of children whose mothers are admitted to psychiatric hospitals, *Child Care in Practice*, vol. 10, nr. 1, p. 57–62.

Maurice-Stam H., Oort F.J., Last B.F. şi Grootenhuis M.A. (2008), Emotional functioning of parents of children with cancer: The first five years of continuous remission after the end of treatment, *Psycho-Oncology*, vol. 17, p. 448–459.

Maxfield M.G. şi Widom C.S. (1996), The cycle of violence: Revisited 6 years later, *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, vol. 150, p. 390–395.

Maybery D., Reupert A., Patrick K., Goodyear M. şi Crase L. (2005), *VicHealth Research Report on Children at Risk in Families affected by Parental Mental Illness*, Melbourne, Victorian Health Promotion Foundation.

McIntyre A., Heron R.L., McIntyre M.D., Burton S.J. şi Engler J.N. (2003), College students from families of divorce: Keys to their resilience, *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 24, p. 17–31.

McLanahan S. (1999), Father absence and welfare of children, în E.M. Hetherington (coord.), *Coping with divorce, single parenting and remarriage*, Hillsdale, Erlbaum, p. 117–145.

Méthot L. şi Jourdan-Ionescu C. (2006), *L'intervention en lien avec la maladie grave d'un enfant*, formare în cadrul Congresului Ordinului Psihologilor din Québec, Montréal, 2006.

Midence K. (1994), The effects of chronic illness on children and their families: An overview, *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, vol. 120, nr. 3, p. 311–326.

Milman D. (2007), Face au traumatisme de l'enfant sain: des groupes de parole pour frères et sœurs d'enfants atteints de cancer, *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 50, nr. 2, p. 434–455.

Motte F. (1992), *Tu sera toujours avec nous Calinou*, Paris, Éditions Mame.

Mowbray C., Schwartz S., Bybee D., Spang J., Rueda-Riedle A. şi Oyserman D. (2000), Mothers with a mental illness: Stressors and resources for parenting and living, *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, vol. 81, nr. 2, p. 118–129.

Neuberger J.J. (1997), Brain development research: Wonderful window of opportunity to build public support for early childhood education, *Young Children*, vol. 52, p. 4–9.

Newton K.M. (2008), *Chidren's resiliency, adjustment and coping: Cancer-related, family context and within-child factors*, Texas, A&M University.

O'Connor T.G. (2003), Vulnerability and resilience in children in divorced and remarried families, în R.M. Gupta şi D.S. Gupta (coord.), *Children and parents: Clinical issues for psychologists and psychiatrists*, Londra, Whurr Publishers. p. 180–206.

ONED (2008), *Quatrième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'observatoire national de l'enfance en danger. Nouvelle estimation du nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure*, Paris, GIP, Enfance en danger.

Oppenheim D. (2003), Le cancer à l'adolescence, în D. Oppenheim (coord.), *Grandir avec un cancer. L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck.

Oppenheim D. şi Hartmann O. (2003), L'expérience du cancer des enfants illustrée par leurs dessins, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 51, p. 5–13.

Oppenheim D., Dauchy S. şi Hartmann O. (2006), Aider la famille de l'enfant ou de l'adolescent atteint de cancer, *Revue francophone de psycho-oncologie*, vol. 4, p. 200–204.

Palacio-Quintin E. (1991), Detecting Young Victims of Physical Abuse, în G. Kaiser, H. Kury şi Albrecht (coord.), *Particular Groups of Victims. Victims and Criminal Justice*, Freiburg, Max Planck Institute Series, vol. 52, p. 373–392.

Palacio-Quintin E. şi Jourdan-Ionescu C. (în curs de apariţie), *Comment promouvoir la résilience chez des enfants placés en famille d'accueil?*

Palacio-Quintin E. şi Jourdan-Ionescu C. (1994), Les effets de la négligence et de la violence sur le développement des jeunes enfants, *P.R.I.S.M.E.*, vol. 4, nr. 1, p. 145–156.

Pears K.C., Kin H.K. şi Fisher P.A. (2008), Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment, *Child Abuse and Neglect*, vol. 32, nr. 10, p. 958–971.

Pedro-Carroll J.L. (2005), Fostering resilience in the aftermath of divorce: The role of evidence-based programs for children, *Family Court Review*, vol. 43, p. 52–64.

Pedro-Carroll J.L. şi Alpert-Gillis L.J. (1997), Preventive interventions for children of divorce: A developmental model for 5 and 6 year old children, *Journal of Primary Prevention*, vol. 18, p. 5–23.

Pedro-Carroll J.L., Alpert-Gillis L.J. şi Cowen E.L. (1992), An evaluation of the efficiency of a preventive intervention for 4th-6th grade urban children of divorce, *Journal of Primary Prevention*, vol. 13, p. 115–130.

Pedro-Carroll J.L. şi Cowen E.L. (1985), The Children of Divorce Intervention Project: An investigation of the efficacy of a school-based prevention program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 53, p. 603–611.

Pedro-Carroll J.L., Cowen E.L., Hightower A.D. şi Guare J.C. (1986), Preventive intervention with latency-aged children of divorce. A replication study, *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, p. 277–290.

Pedro-Carroll J.L., Sutton S.E. şi Wyman P.A. (1999), A two year follow-up evaluation of a preventive intervention program for young children of divorce, *School Psychology Review*, vol. 28, p. 467–476.

Pelzer D. (2000), *L'ado errant: un enfant délaissé recherche désespérément l'amour d'une famille*, Montréal, Science et culture.

Perkins D.F. şi Jones K.R. (2004), Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents, *Child Abuse and Neglect*, vol. 28, nr. 5, p. 547–563.

Perry B.D. (2006), Applying principles of neurodevelopment of clinical work with maltreated and traumatized children. The neurosequential model of therapeutics, în N.B. Webb (coord.), *Working with traumatized youth in child welfare*, New York, The Guilford Press, p. 27–52.

Pfeffer C., Jiang H., Kakuma T., Hwang J. şi Metsch M. (2002), Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 41, p. 505–513.

Pinheiro P.S. (2006), United Nations Secretary's General World Report on Violence against Children, http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG_violencestudy_en.pdf, publicat în 29 decembrie 2010.

Plummer C.A. şi Njugura W. (2009), Cultural protective and risk factors: Professional perspectives about child sexual abusent in Kenya, *Child Abuse and Neglect*, vol. 33, nr. 8, p. 524–532.

Powell M.R. şi Hendricks B. (1999), Body schema, gender and other correlates in non-clinical population, *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, vol. 125, nr. 4, p. 333–412.

Pretis M. şi Dimova A. (2008), Vulnerable children of mentally ill parents: towards evidence-based support for improving resilience, *Support for Learning*, vol. 23, nr. 3, p. 152–159.

Pretis M. şi Dimova A. (2003), *Frühförderung mit Kindern psychish kranker Eltern*, München, Reinhardt.

Priem S. (1997), Saving the world: One child at a time, *Northwest Education*, vol. 3, nr. 2, p. 14–21.

Rivet T.T. şi Matson J.L. (2009), Medical and physical impairments and chronic illness, în J.L. Matson (coord.), *Social behavior and skills in children*, New York, Springer Science, Business Media, p. 267–299.

Robberecht T. (2004), *Eva et Lisa*, Paris, Pére Castor Flammarion.

Rushena E., Prior M., Sanson A. şi Smart D. (2005), A longitudinal study of adolescent adjustment following family transitions, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, p. 353–363.

Rutter M. şi Quinton D. (1984), Parental psychiatric disorder: Effects on children, *Psychological Medicine*, vol. 14, p. 853–880.

Ryff C.D. (1989), Happiness in everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 6, p. 1069–1081.

Sabourin P. (2010), Latence en question: quelle phase de latence pour les enfants victimes de violence?, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 58, p. 41–49.

Saint Mars D. (2003), *La copine de Lili a une maladie grave*, Fribourg, Elveţia, Calligram.

Sandler I. ., Ayers T.S. şi Romer A.L. (2002), Fostering resilience in families in which a parent has died, *Journal of Palliative Medicine*, vol. 5, nr. 6, p. 945–956.

Sandler I.N., Tein J.-Y., Mehta P., Wolchik S. şi Ayers T. (2000), Coping efficacy and psychological problems of children of divorce, *Child Development*, vol. 71, nr. 4, p. 1099–1118.

Schmitt E.-E. (2012), *Oscar şi Tanti Roz*, Bucureşti, Humanitas, Humanitas Fiction.

Schore A.N. (2003), *Affect regulation and the repair of the self*, New York, W. W. Norton.

Schultz D., Tharp-Taylor S., Haviland A. şi Jaycox L. (2009), The relationship between protective factors and outcomes for children investigated for maltreatment, *Child Abuse and Neglect*, vol. 33, p. 684–698.

Schumm J.A., Briggs-Phillips M. şi Hobfoll S.E. (2006), Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and

depression between inner-city women, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 19, nr. 6, p. 825–836.
Selekman M. (2005), *Pathways to change*, New York, The Guilford Press.
Sinason V. (2008), Finding abused children's voices: Junior-school living nightmares, în R. Campher (coord.), *Violence in children: Understanding and helping those who harm*, Londra, Karnac Books, p. 211–227.
Smith M. (2004), Parental Mental Health: Disruptions to parenting and outcome for children, *Child and Family Social Work*, vol. 9, p. 3–11.
Smith R.M. (1980), *Anesthesia for infants and children*, St-Louis, Mosby.
Solotareff G. (1990), *Kiki est malade*, Paris, L'ecole des loisirs.
Somers V. (2007), Schizophrenia: the impact of parental illness on children, *British Journal of Social Work*, vol. 37, p. 1319–1334.
Sourkes B.M. (1980), Siblings of the pediatric cancer patient, în J. Kellerman (coord.), *Psychological aspects of childhood cancer*, Springfield, Charles Thomas, p. 47–69.
Sourkes B.M. (1991), Truth to life: Art therapy with pediatric oncology patients and their siblings, *Journal of Psychosocial Oncology*, vol. 9, nr. 2, p. 81–96.
Statistiques Canada (2009), *La violence familiale au Canada: un profil statistique (nr. de catalog 85–224–X)*, Ottawa, Ministerul Industriei.
Sterling S.E. (1986), *School-based intervention program for early latency-aged children of divorce*, Teză de doctorat nepublicată, Universitatea Rochester.
Stern D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.
Stern D. (2000), Accordage affectif, în D. Houzel, M. Emmanuelli și F. Moggio (coord.), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant*, Paris, PUF.
Stolberg A.L. și Garrison K.M. (1985), Evaluating a primary prevention program for children of divorce: The Divorce Adjustment Project, *American Journal of Community Psychology*, vol. 13, p. 111–124.
Stolberg A.L. și Mahler J. (1994), Enhancing treatment gains in a school-based intervention for the children of divorce through skill training, parental involvement and transfer procedure, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62, p. 147–156.
Svevo-Cianci K. și Lee Y. (2010), Twenty years of the Convention on the rights of the child: Achievements in and challenges for child protection implementation, measurement and evaluation around the world, *Child Abuse and Neglect*, vol. 34, nr. 1, p. 1–4.
Tange C. (2003), *Le placement des enfants: une bientraitance à risque*, Bruxelles, De Boeck.
Tanner D. (2000), Crossing bridges over troubled water? Working with children experiencing mental distress, *Social Work Education*, vol. 19, nr. 3, p. 287–297.
Tarter R., Hegedus A., Winston M. și Alterman A. (1984), Neuropsychological, personality and familial characteristics of physically abused delinquents, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 23, p. 668–674.
Thompson M.P., Kaslow N.J., Price A.W., Williams K. și Kingree J.B. (1998), Role of secondary stressors in the parental death-child distress relation, *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 26, p. 357–366.

Tinsley B.J. (1992), The influence of familial and interpersonal factors on children's development and associated cardiovascular risk, în H.S. Friedman (coord.), *Hostility, coping and health*, Washington, American Psychological Association, p. 189–199.

Tussing H.L. şi Valentine D.P. (2001), Helping adolescents cope with mental illness of a parent through bibliotherapy, *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 18, nr. 6, p. 445–469.

U. S. Department of Health and Human Services (2007), *Child maltreatment 2005*, Washington, U. S. Government Printing Office.

Ungar M. (2009), Overprotective parenting: Helping parents provide children the right amount of risk and responsability, *The American Journal of Family Therapy*, vol. 37, p. 258–271.

UNICEF (2008), *The State of the World's children*, New York, UNICEF.

Van Broeck N. (2009), La résilience de l'enfant malade, în N. Nader-Grosbois (coord.), *Résilience, régulation et qualité de vie. Concepts, évaluation et intervention*, Louvain-la-Neuve, Presses Universitaire de Louvain, p. 85–89.

Van Eerdewegh M., Clayton P. şi Van Eerdewegh P. (1985), The bereaved children: Variables influencing early psychopathology, *British Journal of Psychiatry*, vol. 147, p. 188–194.

Verrept P. (1999), *Tu me manques*, Paris, L'école des losirs.

Walsh W.A., Dawson J. şi Mattingly M.J. (2010), How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice and policy?, *Trauma, Violence and Abuse*, vol. 11, nr. 1, p. 27–41.

Watts-English T., Forston B., Gibler N., Hopper S.R. şi De Bellis M.D. (2006), The psychobiology of maltreatment in childhood, *Journal of Social Issues*, vol. 62, nr. 4, p. 717–736.

Webb N.B. (2006), *Working with traumatized youth in child welfare*, New York, Guilford Press.

WHO (2002), World report on health and violence, http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf, publicat în data de 29 decembrie 2010.

Widom C.S., Kahn E.E., Kaplow J.B., Sepulveda-Kozakowski S. şi Wilson H.W. (2007), Child abuse and neglect: Potential derailment from normal developmental pathways, *NYS Psychologist*, vol. 19, nr. 5, p. 2–6.

Worden J.W. şi Silverman P.R. (1996), Parental death and the adjustment of school-aged children, *Omega: Journal of Death & Dying*, vol. 33, p. 91–102.

Woznick L.A. şi Goodheart C.D. (2002), *Living with childhood cancer: A practical guide to help families cope*, Washington, American Psychological Association.

Zill N., Morrison D.R. şi Coiro M.J. (1993), Long term effects of parental divorce on parent-child relathionships, adjustment and achievement in young adulthood, *Journal of Family Psychology*, vol. 7, p. 91–103.

VII.

Reziliența persoanelor care prezintă tulburări psihice: perspective de intervenție

Serban Ionescu, Marli Stieffatre-Nascimento
și Véronique Goussé

Cu excepția constatării absenței tulburării de stres posttraumatic (TSPT) în situațiile susceptibile de a o produce, arareori se vorbește de reziliență în psihiatrie și psihopatologie. De un deceniu, această situație este pe cale de a se schimba, iar reziliența își face treptat intrarea în respectivele domenii. În plus, studiile publicate lasă de înțeles că pătrunderea sa va fi însoțită de schimbări importante în ceea ce privește tratamentele, aduse mai ales de conceptul de reziliență asistată. Aceasta semnifică faptul că promovarea rezilienței în rândul pacienților care prezintă tulburări psihice va ocupa în viitor un loc major în tratarea acestor persoane.

A avea o boală psihică gravă și de lungă durată reprezenta o *catastrofă*, atât pentru persoanele suferinde, cât și pentru membrii familiilor lor (Mannion, 1996). Anthony (1993) vorbește, la rândul său, despre persoane care își revin în urma *catastrofei psihologice* pe care o reprezintă boala psihică. În cazul familiilor, este adesea evocată povara bolii psihice a unuia dintre membrii lor. Hoenig și Hamilton (1966) fac deosebirea între povara subiectivă — care se concretizează prin reacții emoționale — și povara obiectivă, reprezentată de consecințele financiare și organizaționale. În anumite familii, tulburarea psihică, prezentă la unul dintre membri, generează o adevărată criză, iar Govig[1] (1994) merge până acolo încât să vorbească despre un „Cernobîl la domiciliu".

---

[1] În lucrarea sa *Les âmes sont faites d'endurance* (*Sufletele sunt din robustețe*), Govig (1994) relatează lupta dusă de familie după ce fiul său a fost diagnosticat cu schizofrenie.

Conținutul acestui capitol se va desfășura în jurul a două exemple. Este vorba de schizofrenie și de autism. Utilizând datele disponibile referitoare la aceste două tulburări psihice importante în patologia copilului și a adultului, vom încerca să justificăm pătrunderea rezilienței în domeniile psihiatriei și psihopatologiei. Odată definit acest loc, ne vom concentra asupra contribuției pe care reziliența asistată începe să o aducă demersului clinic.

Schizofrenia

Un punct de pornire: eterogenitatea evoluției schizofreniei

Punctul de vedere tradițional, pesimist, referitor la evoluția schizofreniei a fost serios reanalizat în anii 1980. Această schimbare are mai multe cauze (Andresen, Oades și Caputi, 2003). Printre acestea figurează „iluzia clinicianului", un fel de predilecție epidemiologică: medicii nu povestesc decât cazurile grave, care îngroașă statisticile pacienților cu evoluție defavorabilă. Pacienții cu evoluție favorabilă, din contră, nu se vor mai prezenta la medic și, astfel, nu vor figura în statistici.

Au fost, apoi, invocate alte explicații, precum efectele secundare ale anumitor medicamente psihotrope asupra funcționării psihice a pacienților schizofreni, efecte care pot împiedica evoluții *a priori* favorabile. La alți pacienți, o posibilă evoluție pozitivă poate fi perturbată de instalarea lor în rolul de pacient psihiatric care se resemnează să fie un recipient pasiv al asistenței. În cele din urmă, pentru alți pacienți, retragerea în raport cu mediul, care reprezintă o strategie de autoprotecție în fața reacțiilor ostile stârnite de boala psihică și de persoanele care o manifestă, poate împiedica o evoluție favorabilă.

În 2005, Jobe și Harrow au trecut în revistă zece studii de urmărire a evoluției pacienților schizofreni, cu o durată de cel puțin zece ani. Nouă studii provin din America de Nord: cele două studii realizate de Vaillant (1964), studiul clinicii Phipps (1966), cel realizat în Alberta, Canada (1976), studiile Chestnut Lodge (1984) și al Institutului Psihiatric Columbia (1986), acela al Spitalului de Stat din Vermont (1987), studiul Iowa 500 (1996) și acela realizat în două spitale din Chicago (2005). Cel de-al zecelea este studiul internațional pilot asupra schizofreniei (EPIS), realizat sub egida Organizației Mondiale a Sănătății (1991). Mai exact, în acest ultim caz, Jobe și Harrow iau în considerare grupul Washington al EPIS.

În ciuda unei serii de imperfecțiuni, fiecare dintre aceste studii a permis realizarea unor progrese importante în domeniul cunoștințelor despre evoluția

schizofreniei. Aspectul negativ scos în evidenţă de cele zece studii trecute în revistă de Jobe şi Harrow îl reprezintă faptul că evoluţia schizofreniei este mai puţin favorabilă comparativ cu alte tulburări psihice. Din contră, studiile analizate aduc dovezi irefutabile potrivit cărora foarte puţini dintre pacienţii schizofreni prezintă o evoluţie regresivă, iar un subgrup de pacienţi prezintă perioade de remisie. Procentele diferitelor subgrupuri de pacienţi, definite în funcţie de tipul de evoluţie, variază, în acelaşi timp, de la o cercetare la alta. Astfel, studiile longitudinale arată evoluţii favorabile la 21 până la 57% dintre pacienţi.

În acest context, Jobe şi Harrow reiau problema fundamentală pusă de McGlashan, care, în anul 1988, a publicat o analiză a acesteia: în multitudinea de cifre referitoare la evoluţia pacienţilor schizofreni, ce aspecte se datorează diferenţelor de ordin metodologic între cercetările efectuate[1] şi ce aspecte se datorează subtipurilor etiologice ale schizofreniei şi traiectoriilor distincte ale evoluţiei bolii, care rezultă din interacţiunea factorilor organici şi de mediu? Interesul acordat în capitolul de faţă problemei ridicate de McGlashan provine din faptul că aceasta scoate în evidenţă una dintre pârghiile importante de creare a rezilienţei asistate: acţiunea asupra factorilor de mediu care pot influenţa evoluţia într-un sens favorabil. În acest scop este necesară, în mod evident, cunoaşterea factorilor respectivi.

Pe de altă parte, studiile de urmărire a evoluţiei, ca şi acelea asupra prognosticului evoluţiei, arată că factorii specifici pacientului pot afecta într-un mod serios evoluţia şi că unii pacienţi mai rezilienţi decât alţii pot depăşi episoadele psihotice. Tooth, Kalyanasundaram, Glover şi Momenzadah (2003) notează că profesioniştii din domeniul sănătăţii supraestimează uneori rolul tratamentelor, uitând importanţa eforturilor pacientului şi a resurselor sale interne în ameliorarea şi în restabilirea sa.

Discutând despre evoluţia schizofreniei şi despre diferenţele observate în publicaţiile disponibile, considerăm importantă oferirea unei serii de precizări referitoare la conceptele de restabilire şi remisie. Deşi în prezent suscită un deosebit interes, conceptul de *restabilire* nu este definit într-o manieră consensuală. În contextul tulburărilor psihice, Fitzpatrick (2002) descrie trei modele de restabilire:

— modelul *medical*, potrivit căruia boala psihică este o boală fizică (a creierului, de fapt); în acest caz, restabilirea este considerată o revenire la

---

[1] Jobe şi Harrow (2005) menţionează diferenţe referitoare la: criteriile de diagnosticare a schizofreniei, stadiile de evoluţie a tulburărilor, metodele de evaluare a evoluţiei, tratamentele primite de pacienţi, prelucrările statistice ale datelor culese.

starea anterioară de sănătate, ceea ce semnifică vindecarea bolnavului (Withwell, 1999);
- modelul *reabilitare*, conform căruia boala este incurabilă, dar pacientul poate reveni, grație eforturilor de reabilitare, la un mod de viață asemănător celui anterior debutului bolii (Anthony și Liberman, 1992);
- modelul *abilitare* („empowerment"), în care boala psihică nu are un substrat biologic și rezultă dintr-o criză emoțională puternică, produsă de factori de stres (Ahern și Fisher, 2001). Înțelegând ceea ce se petrece, dispunând de o bună doză de optimism și prin utilizarea tehnicilor de abilitare, pacientul se poate vindeca și își poate relua rolul social deținut anterior, evitând, astfel, efectele etichetării ca bolnav psihic.

În textele științifice, restabilirea implică dispariția sau diminuarea numărului și/sau intensității simptomelor și revenirea la nivelurilor premorbide de funcționare. În majoritatea cazurilor, acest termen semnifică deci absența bolii și, în consecință, vindecarea. Această manieră de a concepe restabilirea corespunde modelului medical descris mai sus. Această conceptualizare poate fi adecvată în cazul afecțiunilor medicale acute, precum gripa sau o fractură. Pe de altă parte, ea nu reflectă ce se petrece atunci când o persoană suferă de afecțiuni cronice cum sunt diabetul, astmul sau, în cazul tulburărilor psihice, schizofrenia. În aceste situații, o reducere importantă a simptomelor în urma aplicării unui tratament nu semnifică dispariția procesului patogen subiacent. Pe de altă parte, acest mod de conceptualizare a restabilirii nu explică faptul că experiența bolii, chiar dacă a generat schimbări de durată/permanente în raport cu starea premorbidă, nu împiedică revenirea pacientului la un mod de funcționare suficient de adecvat.

Definițiile restabilirii propuse de cercetători diferă de la un autor la altul. Acestea sunt definiții stabilite prin consens, și nu într-o manieră empirică. Bellack (2006) consideră că restabilirea este un „construct" multidimensional și subliniază faptul că nu există un sistem de referință (sau un „gold standard") în funcție de care să fie posibilă evaluarea definițiilor disponibile.

Una dintre afirmațiile cele mai citate este aceea a lui Liberman și a echipei sale (Liberman și Kopelowicz, 2002; Liberman, Kopelowicz, Ventura și Gutkind, 2002). Conform acestor autori, putem vorbi de restabilire atunci când, timp de doi ani, persoana diagnosticată cu schizofrenie prezintă o funcționare situată în limitele normale din punctul de vedere al simptomatologiei, al activității la locul de muncă sau la școală și poate trăi independent, întreținând relații sociale. Din punctul de vedere al simptomatologiei, o funcționare

în limitele normale implică un scor moderat, de cel puțin patru, la itemii *Brief Psychiatric Rating* care descriu simptome psihotice, de dezorganizare cognitivă și comportamentală și simptome negative.

Cum restabilirea nu este o stare permanentă, Torgalsboen și Rund (2002) sugerează termenul de *remisie completă*, care ar caracteriza într-o manieră mai precisă fazele asimptomatice ale bolii. Dar această propunere ridică obiecții din cauza sensului atribuit în mod obișnuit termenului de remisie. Grupul de lucru asupra remisiei în schizofrenie (Andreasen, Carpenter, Kane, Lasser, Marder și Weinberger, 2005) definește *remisia* ca pe o ameliorare a semnelor și simptomelor centrale ale acestei tulburări, intensitatea simptomelor rămase fiind atât de slabă, încât nu mai interferează semnificativ cu comportamentul pacientului și se situează sub pragul utilizat pentru justificarea diagnosticului de schizofrenie. Pentru membrii grupului, remisia se deosebește de restabilire, aceasta din urmă fiind descrisă ca abilitatea de a funcționa în comunitate din punct de vedere social și profesional, în absența relativă a psihopatologiei. Remisia ar fi deci un pas necesar, dar insuficient în direcția restabilirii.

Viziunea pacienților (sau a consumatorilor, conform terminologiei utilizate cu precădere în țările anglo-saxone[1]) asupra restabilirii este foarte diferită de aceea întâlnită în textele științifice. Definițiile consumatorilor trebuie să fie asociate cu mișcarea pentru drepturile omului/persoanei și cu schimbările majore de atitudine în ceea ce privește boala psihică și bolnavii psihici, care au avut loc în opinia publică.

Pentru mișcarea consumatorilor/pacienților, restabilirea este un proces care se derulează într-o manieră neliniară. Într-unul din primele articole publicate pe această temă, restabilirea a fost descrisă în următoarea manieră: un proces foarte individualizat, unic, de schimbare a atitudinilor, valorilor, sentimentelor, scopurilor, capacităților și/sau rolurilor unei persoane; este o manieră de a trăi o viață satisfăcătoare, plină de speranță și utilă, în ciuda limitărilor cauzate de boală (Anthony, 1993). Această viziune asupra restabilirii le amintește lui Davidson, Schmutte, Dinzeo și Andres-Hyman (2008) cuvintele lui Camus din „Mitul lui Sisif", și anume că important „nu este să te vindeci, ci să trăiești cu bolile pe care le ai."[2]

---

[1] Este necesar, mai întâi, să fie făcută deosebirea între *mișcarea consumatorilor* propriu-zisă și *mișcarea consumatorilor supraviețuitori* (Ionescu, 2010). Prima urmărește creșterea implicării pacienților în propriul tratament prin crearea de grupuri de întrajutorare și servicii de susținere. A doua face referire la un utilizator care a avut de suferit nu numai de pe urma bolii sale psihice, ci și a tratamentelor psihiatrice, a neglijenței și a actelor de brutalitate care erau curente cândva în spitalele americane de psihiatrie, ca și peste tot în lume.

[2] Albert Camus, 1994, *Mitul lui Sisif*, București, RAO. (*N.t.*)

Menționăm, de asemenea, formularea „a fi *în* restabilire", ceea ce reprezintă, de fapt, a fi în curs de restabilire, elaborată și susținută de persoanele care trăiesc cu o schizofrenie, formulare ce arată importanța pe care o acordă recuperării prezente a autonomiei și controlului asupra propriei vieți, în loc de a aștepta la infinit momentul în care vor fi vindecate.

Reziliența în familiile în care unul dintre membri este diagnosticat cu schizofrenie

Marsh, Lefley, Evans-Rhodes, Ansell, Doerzbacher, LaBarbera și Paluzzi (1996) au realizat, în Statele Unite, o anchetă națională asupra rudelor apropiate ale persoanelor diagnosticate cu tulburări psihice. Prin intermediul *National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI) — Alianța Națională a Bolnavilor Psihic — acești cercetători au alcătuit un eșantion de 131 de persoane. Majoritatea celor care au participat la această anchetă erau membri ai familiilor nucleare: mame (54,4%), tați (17,6%), soții (9,2%), soți (4,6%), surori (6,1%), frați (2,1%), fiice (2,3%) și fii (1,5%). Restul eșantionului (3,1%) era format din membri ai familiei lărgite, de exemplu, bunici. Vârsta medie a participanților era de 60,7 ani (cu vârste mergând de la 20 până la 81 de ani).

Diagnosticul principal al membrului familiei suferind de o tulburare psihică era: schizofrenie (53,4%), tulburare schizo-afectivă (13,7%), tulburare bipolară (16%), depresie majoră (11,5%), tulburare de personalitate (1,5%) și alte diagnostice (3,1%). Unii respondenți au susținut prezența unui al doilea diagnostic (19,8%) și câțiva a unui al treilea (4,3%).

După standardizare, răspunsurile la întrebările deschise adresate participanților au permis calcularea unor scoruri compozite pentru trei tipuri de reziliență față de tulburarea psihică a unuia dintre membrii familiei.

Reziliența familială (raportată de 87,8% dintre participanți) se referă la următoarele dimensiuni: existența legăturilor între membrii familiei și implicarea în problemele familiale, punctele forte și resursele familiei, creșterea și dezvoltarea familială, contribuția la rezolvarea problemelor generate de tulburarea psihică a unuia dintre membrii familiei, gratificările care provin din experiența traiului alături de o persoană care suferă de tulburări psihice.

Reziliența personală, prezentă, practic, la toți respondenții (99,2%), are în vedere: diferitele lor contribuții (față de membrul familiei care suferă de o tulburare psihică, față de ceilalți membri ai familiei, de alte familii, de sistemul sănătății mentale, de societate în ansamblu); ameliorarea propriilor

caracteristici personale (întâlnindu-se cu boala psihică au devenit mai buni, mai puternici şi mai capabili de a arăta compasiune); creşterea şi dezvoltarea lor personală (exprimându-se prin dezvoltarea de noi competenţe, printr-o conştientizare sporită şi prin noi atitudini faţă de viaţă); ameliorarea strategiilor de adaptare; obţinerea gratificărilor personale (ca urmare, de exemplu, a participării lor la restabilirea acelui membru al familiei care suferă de o tulburare psihică); faptul de a deţine perspective mai bune şi de a-şi defini priorităţi mai adecvate.

Rezilienţa acelui *membru al familiei care prezintă diagnostic psihiatric* a fost observată în 75,6% din cazuri. Această formă de rezilienţă se exprimă în multiple feluri, a căror importanţă justifică prezentarea lor detaliată.

- În ciuda limitărilor ce provin din prezenţa unei tulburări psihice, aceste persoane au caracteristici personale pozitive, capacităţi, talente, daruri, ca şi experienţa celor trăite, a trebuinţelor şi obiectivelor lor;
- În timp ce unele dintre aceste persoane au potenţialul necesar pentru a se restabili, toate au potenţialul necesar pentru a-şi ameliora calitatea vieţii. Ele pot învăţa să facă faţă bolii ducând, astfel, o viaţă satisfăcătoare, cu sens.
- Ele aduc ceva în familie. Dincolo de participarea la responsabilităţile căminului familial, aceste persoane pot contribui la întărirea coeziunii familiale şi la dezvoltarea unui sentiment de satisfacţie.
- Ele pot fi utile altor persoane cu tulburări psihice, angajându-se în apărarea drepturilor acestora.
- Ele contribuie la organizarea şi la modul de funcţionare a sistemului de sănătate mentală şi a societăţii în ansamblu. Pe tot parcursul restabilirii, aceste persoane îşi pot asuma noi roluri, pledând în favoarea schimbărilor constructive în sistemul sănătăţii psihice şi pentru angajarea, cu normă parţială sau întreagă, a persoanelor cu un diagnostic psihiatric.

Răspunsurile partenerilor care au făcut parte din eşantionul studiat de Marsh *et al.* (1996) au făcut obiectul unei analize separate realizate de Mannion (1996)[1]. Acest subgrup, format din 11 soţii, 6 soţi şi o logodnică (13,8% din numărul total), avea o vârstă medie de 54 de ani (cu o dispersie între 20 şi 81 de ani). Diagnosticele partenerilor care prezentau tulburări psihice erau: tulburare bipolară, depresie, schizofrenie paranoidă şi tulburare schizo-afectivă.

[1] Până atunci, numai Fadden, Bebbington şi Kuipers (1987) studiaseră partenerii pacienţilor depresivi.

Studiul realizat de Mannion s-a focalizat, şi el, asupra celor trei tipuri de reziliență descrise de Marsh *et al.*: familială, personală şi a partenerului cu tulburări. Acest ultim tip ne va atrage atenţia. Şase dintre respondenţi nu au avut nimic pozitiv de spus referitor la partenerii lor diagnosticaţi cu tulburări psihice. Ceilalţi au dezvăluit mai multe dimensiuni ale rezilienţei partenerului lor: caracteristici personale pozitive (precum curajul sau complianţa la tratament), prezenţa semnelor de restabilire, ca şi participarea lor la această ameliorare, aportul lor la viaţa celorlalţi membri ai familiei, altor persoane suferind de tulburări psihice şi promovării sănătăţii psihice în societate.

Drumul spre restabilire al persoanelor diagnosticate cu schizofrenie: locul rezilienţei

Pornind de la rezultatele studiilor longitudinale realizate asupra persoanelor diagnosticate cu schizofrenie, Andresen *et al.* (2003) conceptualizează un model stadial al restabilirii. Cele cinci stadii ale acestui model sunt următoarele:

- *moratoriul*, caracterizat prin negarea tulburărilor, confuzie, disperare, confuzie identitară şi retragere autoprotectoare;
- *conştientizarea*, prezentă atunci când persoana manifestă o licărire de speranţă într-o viaţă mai bună şi în posibilitatea restabilirii. Poate fi generată de un eveniment interior sau poate fi declanşată de un medic, de un „altul semnificativ" sau de o persoană ce reprezintă un model. Acest stadiu implică o conştientizare a faptului că este posibil un alt sine, capabil de restabilire, diferit de acela de „persoană bolnavă";
- pe parcursul stadiului numit *pregătire*, persoana se hotărăşte să demareze travaliul de restabilire, face un bilanţ a ceea ce este intact în sine însăşi, un bilanţ al forţelor şi al vulnerabilităţilor sale. Pregătirea înseamnă informarea în legătură cu boala psihică, cu serviciile disponibile, cu capacităţile necesare restabilirii. Totodată, persoana se implică în grupurile de pacienţi şi relaţionează cu cei de aceeaşi vârstă;
- pe parcursul *reconstruirii*, are loc dificilul travaliu de restabilire. Persoana care se află în acest stadiu se angajează în formarea unei identităţi pozitive, ceea ce implică reevaluarea vechilor sale obiective şi valori, stabilirea unor noi obiective şi depunerea de eforturi pentru atingerea scopurilor dorite. În acest stadiu, pacientul trebuie să-şi asume

responsabilități pentru a putea deține controlul asupra bolii și a vieții sale. Trebuie să-și asume riscuri, să fie gata să suporte dezamăgiri și să o ia de la capăt pentru a încerca din nou, mai bine;

— *creșterea* reprezintă stadiul final al restabilirii și poate fi conceput ca soluția, rezultatul, încununarea procesului de restabilire. Este posibil ca simptomele să nu fi dispărut complet, dar persoana care se găsește în acest stadiu știe cum să-și gestioneze boala și ce să facă pentru a avea sentimentul că este bine. Persoana este *rezilientă* în fața dezamăgirilor vieții sale cotidiene, are încredere în capacitatea sa de a se redresa și păstrează o viziune pozitivă asupra lucrurilor. Duce o viață la fel ca a celorlalți, o viață cu sens și privește spre viitor. Persoana respectivă are o imagine de sine pozitivă, întrucât consideră că experiența bolii psihice a schimbat-o în bine, făcând-o mai competentă.

Un alt drum de la boală la restabilire ne este propus de Geanellos (2005). Pornind de la analiza tematică a 19 povestiri publicate (uneori anonim) în *Schizophrenia Bulletin*[1], de către persoane suferind de schizofrenie, Geanellos pune în evidență câteva teme majore, corespunzând, de fapt, traiectoriei urmate de aceste persoane de la debutul tulburărilor și până la restabilire. De data aceasta, conceptul de reziliență este prezent în fiecare stadiu. Cele patru stadii descrise de Geanellos sunt:

— *fragmentarea*, caracterizată printr-o reziliență compromisă și un sine vulnerabil;
— *dezintegrarea*, stadiu în care reziliența pare „zdrobită", iar sinele copleșit;
— *reintegrarea*, care implică restabilirea rezilienței și a sinelui;
— *reconstrucția*, stadiu în care găsim o reziliență reînnoită și un sine reorganizat.

Reintegrarea se produce datorită unei acțiuni conștiente a subiectului și susținerii celorlalți. În loc de a rămâne izolat și a lupta pentru a menține o aparență de normalitate în fața dificultăților întâmpinate, pacientul diagnosticat cu schizofrenie preia controlul, caută ajutor și dezvoltă o serie de relații de susținere. În acest fel, forțele destablizatoare încep să fie stăpânite, iar reziliența și sinele ies la suprafață.

[1] Periodicul *Schizophrenia Bulletin* publică în mod regulat mărturisiri scrise de persoane atinse de schizofrenie.

Reconstrucția implică deprinderea abilității de a gestiona implicațiile și consecințele unei tulburări nedorite și pentru apariția căreia persoana nu a fost pregătită, fiind vorba de evenimentul cel mai neașteptat al vieții sale. În acest stadiu se recurge la un compromis cu tristețea și dezamăgirea care au generat o viață netrăită din cauza bolii, la un compromis cu diferența dintre realitatea ca atare și ceea ce Geanellos numește „ecoul tăcut" a ceea ce ar fi putut fi. Pentru a trăi cu schizofrenia, este necesar ca sinele să învețe să-și cunoască propria natură și să conștientizeze necesitatea unei schimbări profunde, care să ducă la un sine diferit, reconstruit într-o manieră rezilientă.

Pentru Geanellos, reziliența reprezintă un continuum, mergând de la manifestări aproape imperceptibile la manifestări foarte intense. Din această perspectivă, o intervenție ce urmărește consolidarea rezilienței este posibilă în orice moment și în orice situație. Această manieră de a concepe reziliența îl deosebește de Andresen *et al.* (2003), pentru care reziliența nu apare decât în ultimul stadiu al itinerarului pe care ei îl propun pentru atingerea restabilirii.

Bazându-se pe o analiză aprofundată a procesului rezilienței la persoanele cu tulburări psihice grave, Nascimento-Stieffatre (2009) descrie mai multe etape care nu au loc mereu în aceeași ordine, care se pot și suprapune sau asocia. Aceste etape sunt în număr de cinci.

- *Sentimentul de a fi diferit de ceilalți*, „bizar", recunoașterea faptului că „ceva nu merge", că în existența sa intervine ceva nou. Această conștientizare nu antrenează obligatoriu punerea în funcțiune a mecanismelor, strategiilor sau acțiunilor. Pentru ca schimbarea percepută să capete un sens, este adesea necesar ca o persoană din exterior (membru al familiei, prieten, coleg de școală sau de serviciu) să susțină acest sentiment și să înlesnească o confruntare cu realitatea. Această etapă poate fi considerată o ecluză (situată înaintea intrării propriu-zise în boala psihică), unde persoana dezvoltă strategii pentru a face față noului eveniment care îi perturbă existența. Aceste strategii pot lua forma unor mecanisme de apărare, precum denegarea sau negarea[1]. Anumiți pacienți manifestă dorința de a evita

[1] Termenul *denegare* acoperă următoarele două sensuri: (a) refuzul de a recunoaște ca fiind ale sale, imediat după ce le-a formulat, un gând, o dorință, un sentiment, care reprezintă surse de conflict. Pentru a fi denegare-apărare, este necesar ca enunțul și negarea lui să se refere la elemente purtătoare ale unui conflict inconștient și refuzate din chiar acest motiv; (b) refuzul subiectului de a primi o interpretare exactă în ceea ce-l privește, din partea unui interlocutor (de regulă, un psihanalist). Acest al doilea sens este discutabil (interpretarea interlocutorului poate fi greșită). Freud insistă asupra echivalenței denegare-rezistență, considerând că refuzul interpretării date de psihanalist nu este decât un semn al rezistenței pacientului. Pe de altă parte, *negarea* este

orice conversaţie centrată asupra tulburărilor lor. Acest eveniment este încărcat de ambivalenţă, întrucât pacienţii respectivi revin fără încetare asupra dificultăţilor pe care le întâmpină în diferite domenii ale vieţii lor, fără a reuşi nici să le accepte şi nici să analizeze emoţiile stârnite. Din contră, alţi pacienţi manifestă destul de repede, după apariţia primelor simptome ale tulburării, dorinţa aproape dureroasă de a le înţelege şi de a scăpa de ele. Aceste persoane pot, chiar de la început, să aibă speranţă şi încredere în capacitatea lor de a depăşi perioadele de criză şi pun în practică strategii pentru a controla, pe cât posibil, consecinţele semnelor şi simptomelor tulburării lor. Această atitudine poate fi considerată o primă etapă a rezilienţei în faţa bolii psihice.

A doua etapă, debutând cel mai adesea odată ce faza acută a tulburărilor a trecut, este cea a *întrebărilor care pot duce la înţelegerea*, cel puţin parţială, *a celor ce se întâmplă*. „Cine sunt eu?", „Ce mi se întâmplă?", „De ce mi se întâmplă mie?" Răspunsul dat întrebărilor menţionate le permite pacienţilor o mai bună poziţionare în istoria lor familială, culegerea unor informaţii asupra tulburării pe care o au, găsirea unui sens pentru ceea ce li se întâmplă. Chiar şi atunci când gândirea continuă să fie confuză, aceste informaţii îi pot ajuta să controleze mai bine tulburările existente şi să-şi sporească încrederea în ei înşişi. Această etapă le va permite să se repoziţioneze în raport cu derularea propriei lor vieţi, să facă doliul vieţii lor anterioare, să înceapă să accepte situaţia actuală, a cărei evoluţie rămâne incertă.

A înţelege ceea ce s-a petrecut este similar cu a-şi însuşi experienţa bolii psihice printr-un travaliu de elaborare, ceea ce-i va permite persoanei să nu mai nege o evidenţă care face parte de acum încolo din istoria sa personală. Totuşi, simpla înţelegere nu este suficientă, manifestările tulburării psihice şi schimbările pe care le generează trebuie înţelese în contextul în care au fost trăite, pentru a căpăta un sens. Dacă este vorba de o agresiune, de un eveniment exterior cu caracter traumatizant care pătrunde ilicit în viaţa unei persoane, este important să se facă distincţia între ceea ce este propriu şi ceea ce vine din exterior. A înţelege că ceea ce s-a petrecut „nu este eu, nu este al meu" va permite libertatea de a acţiona din nou, de a restabili progresiv controlul asupra celor ce se petrec. Din contră, atunci când este vorba de evenimente interioare, precum tulburările psihopatologice care

---

definită ca acţiunea de a refuza realitatea unei percepţii resimţite drept periculoase sau dureroase pentru Eu (Ionescu, Jacquet şi Lhote, 1997/2001).

pătrund în psihic, atâta timp cât pacientul implicat nu va încerca să-şi înţeleagă boala, să-i observe manifestările şi să stabilească legături cu mediul său, nu va putea controla consecinţele tulburării asupra diverselor aspecte ale vieţii sale.

- O altă etapă în dezvoltarea procesului de reziliență este aceea în care pacientul prezentând o tulburare psihică este în măsură *să acorde încredere unei alte persoane*. Pentru a ajunge acolo, pacientul trebuie să lucreze cu sentimentele de ruşine şi de culpabilitate pe care le generează, foarte des, boala psihică. Faptul de a avea încredere în cineva, de a se simţi acceptat şi înţeles, încurajează pacientul să-şi părăsească izolarea. Această încredere poate fi adresată unui prieten, unui membru al familiei sau unui profesionist din domeniul sănătăţii mentale. Încrederea face loc limbajului, iar limbajul dă un sens celor întâmplate şi permite proiectarea în viitor.
- Pe baza schimbărilor produse pe parcursul etapelor precedente, pacientul psihiatric este în măsură *să facă faţă adversităţii tulburării sale psihice şi consecinţelor acesteia*. Rezilienţa se instalează deci progresiv, ca urmare a unor încercări ce-i permit pacientului să testeze strategii, să-şi acorde încredere pe baza reuşitelor sale, chiar dacă acestea sunt minime. Experienţa succesului îl încurajează să elaboreze strategii mereu mai eficiente. În acest context, recăderile pot deveni pentru pacient şanse de a-şi cunoaşte mai bine boala şi de a crea noi strategii în vederea prevederii recăderilor şi a unei mai bune adaptări sociale şi profesionale.
- A cincea etapă este aceea în care *pacientul îşi asumă imperativele ce ţin de tratament*. În cazul persoanelor care suferă de tulburări psihopatologice grave, tratamentul este adesea foarte constrângător, întrucât implică administrarea zilnică a medicaţiei, vizite frecvente la medic şi urmarea unei psihoterapii de lungă durată. Din aceste motive, a se îngriji poate deveni o presiune dificil de asumat. Cel mai adesea, numai prima parte a tratamentului este acceptată. Prin urmare, numeroşi pacienţi dau dovadă de noncomplianţă şi evoluţia lor până atunci favorabilă riscă să fie întreruptă de o recădere. Asumarea tratamentului este deci un demers dificil pentru menţinerea la un nivel adecvat a procesului de reziliență.

Implicaţii în sfera practică

Raportul Comisiei prezidenţiale americane „Noua libertate" deschide perspective foarte încurajatoare referitoare la tulburările psihice: „Ne gândim

la un viitor în care fiecare persoană ce prezintă o tulburare psihică se va restabili, un viitor în care boala psihică va putea fi prevenită sau vindecată, un viitor în care boala psihică va fi depistată din timp şi în care orice persoană având o boală psihică va avea acces, în orice stadiu al vieţii sale, la un tratament eficient şi la sprijinul esenţial pentru a trăi, a munci, a studia şi a participa în totalitate la viaţa comunităţii sale" (New Freedom Commission on Mental Health, 2003, p. 1).

Textul raportului continuă specificând că transformarea sistemului de sănătate mentală nu se poate realiza decât dacă îngrijirile acordate se focalizează asupra „dezvoltării abilităţilor consumatorilor de a face faţă cu succes provocărilor vieţii, asupra facilitării restabilirii şi asupra *construirii rezilienţei* şi nu numai asupra gestionării simptomelor" (p. 5).

În contextul creat de mişcarea consumatorilor, conceptul de restabilire antrenează un nou model de tratament şi conceptualizarea unor noi posibile căi ale procesului de restabilire. Pentru ca restabilirea să se realizeze, este necesară îndeplinirea anumitor condiţii interioare şi exterioare (Jacobson şi Greenley, 2001).

Condiţiile *interioare* cuprind: (a) speranţa că restabilirea este posibilă; (b) declanşarea unui proces care să ducă la un sine separat de boală şi la dezvoltarea unei serii de abilităţi necesare pentru a face faţă simptomelor; (c) abilitarea (sau *empowerment*-ul), care atenuează sentimentul de neputinţă şi de dependenţă generat de tratamentele clasice din domeniul sănătăţii mentale; (d) conectarea, care implică restabilirea legăturilor sociale.

Condiţiile *exterioare* sunt formate din politici şi practici care contribuie la restabilire: (a) recunoaşterea drepturilor omului (sau ale persoanei), incluzând lupta împotriva oricărei forme de stigmatizare şi de discriminare faţă de persoanele care suferă de o boală psihică; (b) dezvoltarea unei culturi pozitive în ceea ce priveşte restabilirea, care valorizează creşterea personală, respectul şi speranţa; (c) existenţa serviciilor focalizate pe restabilire, care favorizează speranţa şi abilitarea şi includ pacientul-consumator în calitate de partener, pe baza unei relaţii de respect reciproc.

În 2004, cu ocazia unei conferinţe de consens asupra restabilirii şi transformării în domeniul sănătăţii mentale (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005), a fost propusă o listă exhaustivă a caracteristicilor serviciilor eficiente focalizate pe restabilire. Restabilirea este concepută într-un sens holistic (întrucât se referă la corp, la psihic şi la comunitatea în care trăieşte persoana ce suferă de tulburări psihice) şi neliniar (pentru că reprezintă o dezvoltare continuă, întreruptă de recăderi ocazionale). Serviciile

primite trebuie să fie centrate asupra persoanei, individualizate în funcţie de trebuinţele, preferinţele şi experienţele fiecărei persoane.

Beneficiarii serviciilor trebuie să facă alegeri, să poată lua decizii, să-şi controleze şi să-şi hotărască propriul parcurs spre restabilire. Pentru a-şi asuma responsabilitatea propriului drum spre restabilire, beneficiarii serviciilor trebuie să fie formaţi şi susţinuţi pentru a-şi exercita alegerea şi a lua decizii.

Restabilirea valorizează şi se clădeşte pe resursele şi pe capacităţile beneficiarilor de a gestiona situaţia. În procesul restabilirii, un rol important este jucat de susţinerea pe care şi-o acordă reciproc beneficiarii.

În realizarea restabilirii, un rol esenţial îl joacă protejarea drepturilor pacienţilor, precum şi eliminarea discriminării şi a stigmatizării. Restabilirea trebuie concepută ca mesager al speranţei că persoanele diagnosticate cu tulburări psihice pot depăşi obstacolele cu care sunt confruntate şi că *o pot scoate la capăt*.

În cele din urmă, conferinţa din 2004 a subliniat că elementul-cheie în definirea restabilirii este *speranţa*!

Autismul şi celelalte tulburări pervazive ale dezvoltării

Diversitatea tipurilor de evoluţie

Studiile asupra evoluţiei pe termen lung a autismului încep să apară în anii 1950 şi 1960 şi sunt marcate de serioase probleme de ordin metodologic[1]. Conform lui Tsatsanis (2003), pe baza acestor studii iniţiale s-au impus două rezultate:

— majoritatea copiilor autişti rămân autişti la adolescenţă şi la vârsta adultă, diagnosticul este stabil, chiar dacă modalităţile de evoluţie variază mult (o evoluţie suficient de bună şi bună în domeniile şcolar, social şi profesional fiind observată la cel puţin un sfert dintre subiecţi);

[1] Problemele metodologice care îngreunează interpretarea datelor referitoare la evoluţia cazurilor de autism sunt numeroase: efectivul redus al populaţiilor studiate, diferenţele în privinţa modului de recrutare a subiecţilor şi a manierei de stabilire a diagnosticului, absenţa instrumentelor adecvate pentru studii longitudinale privind evoluţia (permiţând acoperirea adecvată a tranziţiei de la o vârstă la alta).

— coeficientul de inteligență și dezvoltarea limbajului (și, mai ales, prezența înaintea vârstei de 6 ani a unui limbaj ce poate servi comunicării) sunt cei mai buni predictori ai evoluției.

La 28 de ani după apariția articolului în care a făcut prima descriere sistematică a ceea ce numim acum tulburare autistă, Kanner (1971) publică o anchetă asupra evoluției a 11 cazuri princeps. Datele culese de Kanner cu ajutorul Barbarei Ashenden, asistent social la Johns Hopkins Hospital, scot în evidență trasee evolutive foarte diverse. Acestea merg de la „un real succes" (cazurile lui Donald T. și Frederick Creighton, care dau dovadă de o foarte mare autonomie) la pacienți care și-au petrecut, practic, întreaga viață în instituții de asistență, care „și-au pierdut vitalitatea" și al căror coeficient de inteligență s-a diminuat considerabil (precum Barbara K., Richard M., Virginia S. sau Charles N.).

În 1973, Kanner publică un studiu de observare a evoluției celor 96 de persoane pe care le-a examinat când erau copii și care aveau acum 20–30 de ani. Rezultatele arată că, în marea lor majoritate, acestea aveau un grad ridicat de dependență, un mare număr dintre ele fiind instituționalizate. Totuși, unsprezece lucrau, având ocupații mergând de la contabil, tehnician de laborator și meteorolog până la muncitor necalificat într-un restaurant. Șapte persoane locuiau singure și doar una (care devenise compozitor de succes) se căsătorise și avea un copil. Deși majoritatea făceau parte din cluburi sau grupuri (de muzică, sport, bridge sau enoriași), puțini aveau relații apropiate sau intime. Chiar dacă numai 11–12% din 96 de persoane evoluaseră pozitiv, Kanner rămânea optimist în privința prognosticului persoanelor suferind de autism. El considera că acesta va fi mai favorabil pe măsură ce tulburarea va fi cunoscută și vor fi făcute progrese în domeniul educațional și terapeutic. Această predicție a fost parțial confirmată, între 1960 și 2000 producându-se o scădere rapidă a numărului de persoane îngrijite în instituții și crescând proporția celor încadrate în muncă (Howlin și Goode, 1998).

În primele sale rapoarte, Asperger a întocmit un tablou pozitiv al evoluției pacienților prezentând sindromul care-i poartă numele și care face parte, ca și autismul, din tulburările pervazive ale dezvoltării (cf. Frith, 1991). Aceștia erau capabili să-și utilizeze talentele și interesele pentru a obține un loc de muncă și a se integra social. Apoi, Asperger, care avusese posibilitatea să examineze și să urmărească mai mult de 200 de pacienți care prezentau acest sindrom, și-a nuanțat viziunea în privința prognosticului. El a prezentat totuși traiectorii de viață care aduseseră niște persoane diagnosticate cu

sindrom Asperger în situaţia de a ocupa posturi bine cotate, precum profesor de astronomie, chimist sau matematician.

Trecând în revistă rezultatele a şase studii realizate asupra unor persoane diagnosticate cu autism şi având un IQ mai mare de 70, Howlin (2000) constată că la vârsta adultă evoluţia este foarte variabilă. Astfel, proporţia celor care au un loc de muncă remunerat variază între 5 şi 44%, cea a persoanelor care duc o viaţă independentă sau semiindependentă, între 16 şi 50%. Procentele evolutive considerate bune erau cuprinse între 16 şi 44%. Diferenţele constatate de Howlin ar rezulta din diferenţele dintre instrumentele de evaluare a rezultatelor evoluţiei[1] şi modalităţile de recrutare a subiecţilor. La acestea se adaugă regiunea de proveniență a persoanelor studiate, deoarece nivelurile profesionale, locul de domiciliu şi serviciile de susţinere disponibile variază de la un loc la altul, de la o ţară la alta.

Societatea naţională a autismului din Marea Britanie a efectuat o analiză importantă pe 450 de autişti situaţi la cele două extreme ale spectrului autismului (cu o funcţionare la nivel ridicat şi, respectiv, la nivel redus). Rezultatele (vezi Barnard, Harvey, Potter şi Prior, 2001) arată că la un nivel înalt de funcţionare, 3% dintre autişti trăiesc într-o manieră complet independentă şi 49% locuiesc acasă; numai 10% dintre ei reuşesc să îndeplinească sarcinile traiului cotidian fără ajutor. Angajarea într-o activitate cu normă întreagă este observată la doar 12% dintre autiştii cu un nivel înalt de funcţionare şi la 2% dintre cei cu o funcţionare slabă. La cele două extreme ale continuumului gradului de funcţionare, 31% dintre subiecţi nu sunt deloc implicaţi social în afara familiei. În plus, 32% din populaţia studiată prezintă probleme de sănătate mentală asociate autismului.

Conform unei opinii universal împărtăşite, autismul ar reprezenta o stare gravă, cu un prognostic rezervat (Chiland, 1990). Cu toate acestea, sunt disponibile publicaţii în care se vorbeşte despre cazuri vindecate. În acest sens poate fi citat cazul lui Ellie, tânăra autistă tratată de Ann Bergman (1985). Documentele video şi videoscopice arată cum acest copil autist se transformă într-o tânără atrăgătoare, a cărei vorbire, în special intonaţia, este normală. Urmează studii medii, se căsătoreşte, devine mama a doi copii de care se ocupă, chiar dacă întâmpină oarecare probleme. Documentele video disponibile nu lasă nicio îndoială în privinţa diagnosticului iniţial, altfel putând lua naştere întrebări în această privinţă.

---

[1] Burgess şi Gutstein (2007) pledează în favoarea utilizării calităţii vieţii pentru evaluarea evoluţiei persoanelor autiste.

Cazuri precum acela al lui Ellie nu sunt unice şi anumiţi autori au admis că unii copii prezentând tulburări din spectrul autismului s-au restabilit sau au pierdut manifestările comportamentale ale unei tulburări a cărei origine este, potrivit cunoştinţelor noastre actuale, biologică, genetică (vezi Helt, Kelley, Kinsbourne, Pandey, Boorstein, Herbert şi Fein, 2008). Însă alţi autori afirmă că respectivii copii, chiar dacă prezintă ameliorări indiscutabile, ar continua să prezinte deficite tipice pentru această tulburare, precum probleme în planul interacţiunilor sociale şi al comunicării (Mundy, 1993).

Pornind de la aceste dezacorduri, Kelley, Naigles şi Fein (2010) au comparat un grup de copii autişti cu „evoluţie optimă" cu alte două grupuri asemănătoare din punctul de vedere al vârstei, sexului şi I.Q.-ului nonverbal. Aceste două grupuri erau formate: unul din copii cu „dezvoltare tipică", iar celălalt, din copii aparţinând spectrului tulburărilor autiste şi care continuau să prezinte un astfel de diagnostic. Copiii din grupul cu evoluţie optimă fuseseră anterior integraţi într-o clasă obişnuită, aveau (la ultima evaluare şcolară) un IQ mai mare de 70, fuseseră diagnosticaţi *anterior* (cu *ADI-R*[1], de către un profesionist specializat în tulburări pervazive de dezvoltare) cu acest tip de tulburare, dar *nu mai prezentau* (la aplicarea *ADOS-G*[2]) astfel de tulburări, nu primeau tratament mai mult de o oră pe săptămână (de exemplu, o oră de ortofonie sau una de terapie ocupaţională) şi nu beneficiau de niciun ajutor şcolar în clasă.

Rezultatele obţinute de Kelley *et al.* arată că autiştii din grupul cu evoluţie optimă prezintă scoruri situate, de asemenea, în limite normale — şi, cel mai adesea, mai bune decât cele obţinute de subiecţii grupului aparţinând spectrului tulburărilor autiste — la instrumentele destinate să evalueze: prezenţa/absenţa simptomatologiei autiste, funcţionarea adaptativă, prezenţa/absenţa problemelor comportamentale, funcţionarea limbajului şi comunicarea. Conform acestei cercetări, cel puţin câţiva copii diagnosticaţi cu tulburări din spectrul autismului pot prezenta evoluţii absolut excelente. Cercetările viitoare vor trebui să precizeze cum s-a ajuns la aceste evoluţii şi care sunt factorii care i-au plasat pe astfel de traiectorii de dezvoltare.

---

[1] *Autism Diagnostic Interview — Revised*, elaborat de Lord, Rutter şi LeCouteur (1995).

[2] În acest caz, instrumentul utilizat este *Autism Diagnostic Observation Schedule — Generic*, creat de Lord, Risi, Lambrecht, Cook, Leventhal, DiLavore, Pickles şi Rutter (2000).

Cum se aplică noţiunea de rezilienţă tulburărilor din spectrul autist?

Utilizarea noţiunii de rezilienţă în sfera tulburărilor din spectrul autist debutează cu studiile asupra *familiei* în care trăieşte o persoană prezentând astfel de tulburări. Au fost concepute mai multe modele teoretice pentru a explica situaţia apărută atunci când unul dintre membrii unei familii este atins de o boală sau de o incapacitate cronică.

Punctul de pornire îl constituie lucrările lui Hill (1949; 1958), care a studiat familiile separate în timpul războiului şi stresul astfel generat. Pe baza lucrului cu aceste familii, Hill a propus *modelul ABCX*, numit clasic, al stresului familial. Potrivit acestui autor, trei factori pot precipita criza familială (desemnată cu litera X în modelul propus): evenimentul generator de stres şi suferinţele pe care le produce (A), resursele de care dispune familia pentru a face faţă stresului (B) şi maniera în care familia defineşte evenimentul stresant (C).

Pe baza studiilor longitudinale calitative şi cantitative, modelul lui Hill a evoluat, transformându-se în modelul *dublu ABCX* (McCubbin şi Patterson, 1983a). Această evoluţie a fost determinată de trei observaţii: (a) în faţa stresului cronic, sistemul familial ajunge în situaţie de criză, trebuie să se reorganizeze şi să-şi schimbe modurile de funcţionare; (b) factorii care fac parte din modelul lui Hill nu sunt suficienţi pentru a explica variabilitatea tipurilor de funcţionare familială pe parcursul perioadei post-criză; (c) ieşirea din post-criză este adaptarea. Adaptarea (desemnată drept factor XX în acest nou model) reflectă efortul familiei pentru a echilibra cerinţele la care este supusă şi resursele şi capacităţile de care dispune. Cerinţele, considerate ca o veritabilă „stivă" de solicitări sunt desemnate, în modelul dublu ABCX, prin semnul AA, în timp ce resursele şi capacităţile sunt desemnate prin acela de BB. Un alt factor (desemnat prin semnul CC) făcând parte din acest model îl reprezintă maniera în care familia evaluează evenimentul generator de stres şi încercările/suferinţele pe care le provoacă, schimbările ce au loc, capacităţile de care dispune, compatibilitatea schimbărilor din familie cu trebuinţele şi stadiul de dezvoltare al fiecărui membru al familiei, ca şi coordonarea schimbărilor familiale şi sinergia lor cu toate aspectele funcţionării familiale şi cu trebuinţele sistemului familial. Adaptarea constituie instrumentul prin care familia produce schimbările, reduce tensiunea şi realizează armonia şi echilibrul familial.

Punând accentul asupra proceselor familiale implicate în adaptarea post-criză, modelul dublu ABCX s-a transformat într-un model *răspuns ajustare şi*

adaptare familială[1] (RAAF) (McCubbin şi Patterson, 1983b). În acest nou model, factorii de protecţie familială ocupă un loc important. Modelul RAAF a fost testat în familii în care un copil prezintă afecţiuni cronice precum fibroză chistică, mielomenigocel sau paralizie cerebrală. Astfel, s-au evidenţiat tipare sau tipologii familiale de funcţionare care reprezintă predictori importanţi ai adaptării şi ai funcţionării post-criză. Printre aceste tipologii (desemnate cu semnul T), cele mai proeminente ar fi acelea asociate cu regenerarea, reziliența, tradiţionalismul şi ritmicitatea. Luarea în calcul a factorului T a condus la elaborarea *modelului T-dublu ABCX*.

O altă etapă în dezvoltarea modelelor de reacţie familială la stres este reprezentată de modelul reziliență a ajustării şi adaptării familiale în faţa stresului. În acest model, factorii de risc, de protecţie şi de restabilire devin mai importanţi; se ţine seama, de asemenea, de rezultatele cercetărilor asupra familiilor provenite din diferite grupuri etnice şi culturale şi se ia în calcul evaluarea funcţionării familiale[2] la niveluri multiple (McCubbin şi McCubbin, 1993; McCubbin, McCubbin, Thompson şi Thompson, 1995/1996).

Ulterior, au fost propuse şi alte modele teoretice pentru a explica efectele stresului asupra familiei. În această categorie intră modelul contextual al stresului familial (Boss, 1987) şi modelul de orientare sistemică a stresului familial (Burr, Klein şi Associates, 1994).

Un alt pas semnificativ în apropierea conceptului de reziliență de câmpul tulburărilor din spectrul autismului a fost depăşit odată cu trecerea de la contextul familial la *persoana* diagnosticată cu acest tip de tulburări. Punctul de pornire al acestei noi contribuţii este reprezentat de faptul că modelul teoretic actual subiacent conceptului de reziliență este incompatibil cu ideea că persoanele autiste pot fi reziliente sau pot beneficia de programe menite să le clădească reziliența. De fapt, modelul teoretic actual postulează că procesul de reziliență împiedică instalarea tulburărilor psihice la persoanele care sunt supuse efectelor adversităţii, stresului sau traumelor. Aceste persoane nu prezintă tulburări psihice şi, cu atât mai puţin, o tulburare de stres posttraumatic.

Pe parcursul *etapei de ajustare*, familia utilizează zilnic tiparele existente pentru a stabili un echilibru între cerinţele la care este supusă şi capacităţile sale. Pe termen scurt, familia încearcă să menţină la un nivel minim schimbările sistemului familial. Această etapă continuă până când cerinţele depăşesc semnificativ capacităţile familiei, fie prin producerea unui nou eveniment stresant, fie printr-o acumulare a tensiunilor. În acel moment apar criza şi dezorganizarea familială. Atunci poate interveni *etapa de adaptare*, în care, pentru a face faţă, familia utilizează noi tipare de funcţionare. Pe parcursul acestei etape de adaptare se pot restabili echilibrul şi organizarea familială ulterioare crizei.

În lucrarea realizată de McCubbin, Olson şi Larson (1996) sunt prezentate 19 instrumente de evaluare.

Dar autismul şi celelalte tulburări din spectrul său sunt expresia tulburărilor de neurodezvoltare care apar foarte devreme, pe parcursul perioadei intrauterine. Din acest motiv, autismul poate fi considerat o tulburare care există de la naştere, indiferent dacă simptomele care îl caracterizează sunt prezente sau nu de la naştere.

Pornind de la aceste constatări, Willis (2006) propune lărgirea teoriei rezilienţei, pentru a include persoanele care prezintă tulburări congenitale de tipul autismului. *Modelul teoretic reziliență a autismului* (MTRA) este un model alternativ, care încearcă să treacă peste prăpastia ce se presupune că există între autism şi tulburările din spectrul său, pe de o parte, şi cercetarea şi demersul clinic asociate rezilienţei, pe de altă parte. MTRA se caracterizează prin: (a) o orientare ecosistemică, ceea ce presupune implicarea tuturor sistemelor asociate pacientului, punându-se un accent deosebit pe pacient şi familia sa; (b) o focalizare asupra resurselor persoanei, ceea ce permite abilitarea pacientului şi a familiei sale.

Factorii de stres la care pot fi expuşi autiştii după naştere creează riscul unei patologii mai severe. Ea poate fi formată dintr-o altă tulburare — ca, de exemplu, depresia — sau poate fi asociată autismului. În acest ultim caz, ar fi vorba despre o evoluţie spre o formă mai gravă de autism, cu tulburări grave de comportament şi agresivitate. Favorizarea rezilienţei în cazul tulburărilor din spectrul autismului ar trebui să conducă deci la prevenirea problemelor de comorbiditate şi la evoluţii care să permită o mai bună adaptare socială şi profesională.

Stres şi reziliență în familiile în care trăieşte un copil autist

Studiile realizate până la începutul secolului XXI au subliniat, în general, efectele negative pe care le are asupra familiei prezenţa unui copil autist. Părinţii copiilor autişti care au fost studiaţi (cel mai adesea mamele) prezentau, într-adevăr, mai multe probleme sau probleme mai grave, o stare psihologică de bine mai redusă, mai mult stres, păreau să fie mai depresivi decât părinţii copiilor cu dezvoltare numită tipică, dar şi decât părinţii copiilor prezentând dizabilităţi precum sindromul Down sau sindromul X fragil (Holroyd şi McArthur, 1976; Rodrigue, Morgan şi Geffken, 1990; Bourma şi Schweitzer, 1990; Dumas, Wolf, Fisman şi Culligan, 1991; Konstantareas, Homatidis şi Plowright, 1992; Koegel, Schreibman, Loos, Dirlich-Wilheim, Dunlap, Robbins şi Plienis, 1992; Sanders şi Morgan, 1997; Singer, 2006).

Într-o cercetare realizată asupra unei populații de 75 de mame ale unor copii cu dizabilități, populație conținând un subgrup de 26 de mame ale unor copii autiști, Hastings, Daley, Burns și Beck (2006) constată că trei sferturi din acest subgrup a obținut scoruri situate deasupra pragului clinic la subscala „suferință parentală" a formei scurte a chestionarului *Parental Stress Index*. La doi ani după prima evaluare, echipa de cercetători ajunge să reexamineze 20 din 26 de mame de copii autiști și constată că scorurile acestora la suferință rămăseseră stabile.

Toate cercetările menționate ajung la concluzia că prezența unui copil care prezintă o tulburare din spectrul autismului are un efect negativ asupra familiei în care trăiește. Hastings (2008) critică această concluzie, comparațiile realizate în aceste cercetări necorespunzând — susține el — criteriilor de bază ale unui protocol care să permită inferarea unei relații cauzale care, în acest caz, ar stabili că prezența unui copil autist *este cauza* unui stres permanent și mai intens în familia sa. Astfel, Hastings menționează că populațiile studiate nu sunt eșantioane aleatorii de părinți cu copii autiști și că știm prea puțin (adică nimic) referitor la funcționarea psihică a acestor părinți înainte de nașterea unui copil autist. El discută, de asemenea, rolul posibil al tulburărilor de comportament ale copilului autist, și nu rolul autismului său *per se*, în apariția stresului parental.

Pe de altă parte, la scurt timp, mai mulți cercetători au susținut că nu se pot generaliza consecințele negative menționate la toate familiile și prezența unui copil autist poate avea chiar efecte pozitive. Astfel, Sanders și Morgan (1997) constată că, în ciuda faptului că au o viață mai stresantă, părinții copiilor autiști nu sunt diferiți de părinții copiilor cu sindrom Down și nici de aceia ai copiilor fără probleme psihice în ceea ce privește o serie de aspecte importante: coeziunea familială, conflictele, independența, focalizarea pe realizare, controlul sau organizarea familială[1]. De aici, Sanders și Morgan trag concluzia că familiile copiilor cu tulburări de dezvoltare dau dovadă de reziliență adaptându-se prezenței unui astfel de copil.

Într-o altă cercetare, în care au fost comparate, de această dată, mamele unor copii autiști, ale unor copii cu retard mental și ale unor copii cu dezvoltare normală, Weiss (2002) constată că robustețea mamelor copiilor autiști (evaluată prin scorul total la 50 de itemi ai testului de robustețe și prin

[1] S-au constatat diferențe semnificative în ceea ce privește implicarea în activitățile recreative și culturale. Absența efectului benefic al activităților de recreere constituie un factor cronic de stres, la care familiile copiilor cu probleme de dezvoltare trebuie să se adapteze pentru a menține un mediu familial altfel sănătos.

scorurile la scalele control şi provocare ale acestui test) a fost asociată cu un nivel mai redus al depresiei, anxietăţii şi sentimentelor de depersonalizare. În acelaşi fel, susţinerea socială percepută ca fiind primită din partea partenerului se asocia cu mai puţine acuze somatice şi cu un sentiment mai intens de realizare ca părinte.

Pentru a stabili care sunt strategiile de adaptare utilizate de părinţii (mamele şi taţii) copiilor diagnosticaţi cu tulburări din sfera autismului, Twoy, Connolly şi Novak (2007) au utilizat un chestionar alcătuit din 30 de itemi ai *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales* (F-COPESs) elaborat de McCubbin, Thompson şi McCubbin (2001). Rezultatele arată că:

- 68% dintre părinţi caută *susţinere socială* şi încurajări din partea prietenilor şi 58% împărtăşesc membrilor familiei dificultăţile pe care le întâmpină;
- părinţii utilizează *reîncadrarea*, care constă în redefinirea evenimentelor stresante într-o manieră pozitivă, pentru a le gestiona mai uşor şi a nu se descuraja;
- chiar dacă media participanţilor la subscala căutarea *sprijinului spiritual* este mai redusă decât norma şi sunt numeroşi aceia care declară că nu participă la serviciile religioase şi nici nu solicită ajutorul preoţilor, 47% dintre părinţi îşi afirmă credinţa în Dumnezeu;
- *familia se mobilizează pentru a căuta şi a obţine ajutor*, ceea ce rezultă din faptul că 93% dintre participanţi susţin că au solicitat informaţii şi sfaturi de la membrii altor familii care s-au confruntat cu probleme similare, 80% au căutat ajutorul serviciilor şi programelor comunitare şi 56% dintre participanţi se bazează pe informaţiile şi sfaturile primite de la medic pentru a-şi mobiliza familia să caute şi să accepte ajutorul;
- participanţii utilizează adesea *evitarea* pentru a face faţă problemelor dificile (media lor, de 15,37%, la subscala estimare pasivă este mult mai mare decât norma de 8,55); răspunsurile date arată că 69% privesc la televizor în situaţiile dificile şi 87% consideră că problemele vor dispărea dacă trece suficient timp.

Pe baza acestor rezultate, Twoy *et al.* ajung la concluzia generală potrivit căreia părinţii copiilor diagnosticaţi cu o tulburare din spectrul autismului dau dovadă de reziliență adaptându-se provocărilor generate de îngrijirea şi creşterea unui astfel de copil. Acest fapt este cu atât mai remarcabil cu cât stresul acestor familii este considerabil şi cronic.

În căutarea dovezilor de reziliență în familiile copiilor autiști, Bayat (2007) cere unui număr de 175 de mame, tați și alți membri ai familiei care îngrijesc un copil autist cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani să răspundă în scris la trei întrebări referitoare la: (a) efectele pozitive și/sau negative ale autismului asupra vieții lor de familie; (b) efectele pozitive și/sau negative ale autismului asupra vieții lor personale; (c) descrierea copilului autist care trăiește în familia lor. Pornind de la analiza conținutului a 167 de răspunsuri primite, Bayat reperează o serie de factori care contribuie la reziliența familiilor respective. Autorul acestei cercetări subliniază importanța capacității familiei de a pune în comun resursele existente și menținerea legăturii între membrii familiei. În numeroase cazuri, legătura se datora faptului că membrii familiei conlucrau.

Pentru ca membrii familiei să fie capabili să colaboreze și să-și utilizeze eficient resursele, trebuie să aibă două calități: flexibilitate și capacitatea de a comunica bine unul cu altul. Într-adevăr, flexibilitatea este indispensabilă pentru a accepta schimbările necesare în exercitarea rolurilor și responsabilităților după diagnosticarea copilului lor. Este necesară o bună comunicare pentru a putea răspunde într-o manieră adecvată la noile cerințe adresate familiei.

În 62% dintre familii este semnalată o apropiere între membrii familiei, datorată prezenței copilului autist. Unele familii au observat, de asemenea, că autismul unui copil crește gradul de apropiere în cadrul fratriei[1], până acolo încât unii dintre ei își sacrifică libertatea personală pentru a se ocupa de fratele/sora autist(ă).

Un alt factor asociat unei funcționări reziliente a acestor familii este reprezentat de procesul de reflecție prin care încearcă să înțeleagă semnificația faptului de a avea un copil autist. Familiile reziliente atribuie adesea un sens pozitiv adversității. Acestui sens i se asociază experiența trăită și lecțiile învățate în urma respectivei experiențe. Toate acestea duc la o schimbare a viziunii pe care respondenții o au despre viețile lor și despre lume și îi aduce în situația de a aprecia fiecare mic succes zilnic. Majoritatea datelor citate (63%) este consacrată schimbărilor pozitive induse de faptul de a avea un copil autist. Respondenții declară că au o mai mare compasiune (recunoscându-și,

---

[1] Pornind de la propria experiență clinică și de la publicațiile apărute, Wintgens și Hayez (2003) descriu diversele modalități de reacție ale fratriei, care se situează între doi poli: reziliența sau absorbția psihică a membrilor familiei de către handicapul (cu precădere în cazul tulburărilor autiste) care compromite sănătatea mentală. Între aceste două extreme, Wintgens și Hayez descriu adaptări mai mult sau mai puțin reușite.

totodată, punctele forte), sunt mai puțin egoiști, mai umani, mai sensibili la diferențele individuale și afirmă că-i apreciază mai mult pe cei diferiți. Anumiți respondenți afirmă că au învățat ce este mai valoros în viață, au descoperit adevăratul sens al vieții.

Un mare număr de aserțiuni (45%) fac referire la Dumnezeu, la o creștere în plan spiritual ca rezultat al faptului de a avea un copil autist. Experiența trăită îi determină pe unii părinți să îi dea un sens spiritual. O mamă spunea, de exemplu: „Dumnezeu mi-a dat acest copil și Dumnezeu nu se înșală!"

Chiar și într-una din formele cele mai severe ale tulburărilor pervazive de dezvoltare, sindromul Rett, relatările părinților dau dovadă, în anumite cazuri, de reziliență. Aceasta este constatarea lui Retzlaff (2007), efectuând o analiză a conținutului răspunsurilor date la un chestionar de 51 de familii cu o fiică diagnosticată cu acest sindrom. În cele din urmă, Retzlaff observă existența a două tipuri de relatări. Una reprezintă „istoria unei lungi evoluții chinuitoare", care poate fi rezumată într-o propoziție: „Viața noastră cu sindromul Rett nu este ușoară!"

Al doilea tip de relatare poate fi desemnat ca „istoria unui echilibru regăsit". Descrie o familie a cărei viață este perturbată de rezultate medicale îngrijorătoare, dar puțin convingătoare referitoare la fiica lor. După o veritabilă cursă de la un profesionist la altul, familia își asumă situația. Părinții încep să se bazeze pe propria competență, găsesc prieteni, membri ai familiei și profesioniști, care să le ofere sprijin. Atunci când diagnosticul de sindrom Rett devine definitiv, intervine o criză, cu o întoarcere asupra propriei persoane. Prin urmare, familia trăiește un proces care se finalizează cu o acceptare a acestui diagnostic și a dizabilității. Istoria familiei — și în special experiențele dureroase și cele legate de boli grave, ca și experiența alegerilor și deciziilor majore și dificile (precum acelea legate de orientarea profesională) — constituie veritabile resurse care contribuie la confruntarea mai adecvată cu diagnosticul de sindrom Rett.

Foarte curând după ce își încep relatările, părinții care dau dovadă de reziliență menționează aspectele simpatice sau adorabile ale fiicei lor și insistă asupra faptului că viața de familie s-a schimbat în bine, că familia a dezvoltat un nou sistem de valori. Pe parcursul etapei de adaptare, viața familială și dizabilitatea fetei atinse de sindromul Rett sunt considerate din ce în ce mai normale. Viața continuă și, chiar dacă îi așteaptă multe provocări, părinții își spun, încrezători, că le vor face față cu succes.

În relatările analizate de Retzlaff, cuplurile dau dovadă de roluri flexibile și reușesc să-și echilibreze și să-și protejeze relația, ca și interesele individuale,

recurgând, atunci când e necesar, la persoane care să-i înlocuiască pentru a putea să petreacă timp împreună, deconectându-se.

Programe de intervenție orientate către reziliență

Programul de intervenție precoce implementat la Facultatea de Științele Educației a Universității din Alberta (Canada) urmărea ameliorarea rezilienței în familiile în care trăiește un copil cu risc de a prezenta tulburări de dezvoltare pe tot parcursul vieții (Kysela, McDonald, Drummond și Alexander, 1996). Acest program, care nu se adresează în mod specific copiilor cu tulburări pervazive de dezvoltare, se bazează pe principiul conform căruia intervenția familială care permite dezvoltarea factorilor de protecție va crește reziliența copiilor aflați în stare de risc atunci când, mai târziu, vor fi confruntați cu factori de risc.

Programul *Collaborative Model for Promoting Competence and Success* (COMPASS) (Ruble și Dalrymple, 2002), elaborat pentru elevii diagnosticați cu autism, a fost conceput pentru a promova: (a) colaborarea între personalul școlii și părinți sau îngrijitori în ceea ce privește implementarea intervențiilor; (b) legătura între informația obținută în urma evaluării și programarea intervenției; (c) prevenția comportamentelor-problemă, punând accentul pe dezvoltarea capacităților funcționale; (d) identificarea unor strategii educaționale, odată ce obiectivele planului educativ individualizat sunt stabilite. Obiectivul COMPASS este acela de a ameliora nu doar competențele elevului autist, ci și competențele persoanei care lucrează cu acesta, abilitând participanții prin intermediul unui proces colaborativ de rezolvare de probleme, care se construiește pe baza unor evaluări progresive, detaliate, efectuate înainte de luarea deciziilor.

Identificarea provocărilor (de fapt, a factorilor de risc) în raport cu învățarea și a sprijinului necesar pentru a reuși (adică, a factorilor de protecție) se derulează pe parcursul a patru etape succesive.

— Prima etapă se referă la identificarea *provocărilor personale* ale elevului autist și a provocărilor *mediului înconjurător*. În prima categorie intră cele trei categorii de manifestări clinice ale autismului, care au fost identificate pe parcursul evaluărilor anterioare (este vorba de modificarea calitativă a interacțiunilor sociale și, respectiv, a comunicării, ca și de caracterul repetitiv și stereotip al comportamentelor, intereselor

și activităților). Provocările mediului înconjurător sunt formate din factori exteriori care împiedică realizarea de progrese în domeniul învățării și deci ameliorarea competențelor. În această categorie intră mediile gălăgioase și/sau aglomerate, absența sprijinului pentru comunicare, accesul redus la persoane care socializează asemenea lor și intervenienți lipsiți de cunoștințe sau de competențe.

— A doua etapă se referă la identificarea *punctelor de sprijin*, reprezentate de resursele personale și de mediu. Punctele personale de sprijin cuprind gusturile, preferințele și punctele forte ale elevului. Recunoașterea punctelor forte are un efect moderator asupra efectelor provocărilor (riscurilor) și poate fi utilizată pentru a motiva elevul să învețe. Punctele de sprijin ale mediului sunt reprezentate de modificările și adaptările educaționale necesare pentru a asigura reușita elevului.
— A treia etapă constă într-o *ierarhizare a obiectivelor învățării*, pe baza unui consens al membrilor echipei.
— A patra și ultima etapă comportă *realizarea planului de acțiune*, odată obiectivele fixate.

Un instrument util pentru practică este inclus în teza de doctorat a lui Willis (2006), care prezintă un exemplu de fișă de intervenție bazată pe modelul rezilienței. Este vorba de cazul lui Lucas Louis, în vârstă de 6 ani și diagnosticat cu autism. Pe lângă datele personale (nume, prenume, data nașterii/vârstă), fișa precizează cine sunt membrii sistemului familial și comunitar care participă la intervenție și problemele formulate referitoare la pacient. Fișa conține o parte importantă consacrată punctelor forte și factorilor de risc identificați. Vom relua aici aceste informații, cu titlu de exemplu.

— *Punctele forte ale lui Lucas*: Lucas este un elev bun, care iubește școala; deține vaste cunoștințe despre instrumentele de măsurare a timpului (pendule, ceasuri); este amabil; se joacă frumos cu fratele său, Matt; are o bună capacitate de muncă; răspunde bine la instrucțiuni și respectă regulile deja dobândite; capacitățile sale de limbaj (atât expresive, cât și receptive) sunt apropiate de obiectivele vizate pentru copiii de aceeași vârstă.
— *Factori de risc prezenți în cazul lui Lucas*: are o mare nevoie de control și de structură; este rigid; îi lipsesc cunoștințele referitoare la regulile care trebuie respectate în relațiile sociale și în conversație; este foarte sensibil

la zgomot și la lumină; nu știe să-și regleze emoțiile într-o manieră adecvată; nu știe să rezolve probleme sociale.

— *Punctele forte ale familiei*: îl susține mult pe Lucas, iar membrii săi se susțin reciproc; familia nucleară și familia lărgită se implică în rezolvarea problemelor lui Lucas; membrii familiei sunt gata să atingă obiectivele fixate în calitate de unitate familială; credința lor îi întărește atunci când se simt stresați și întâmpină probleme; se ocupă bine de Lucas; întreține relații bune cu grădinița pe care o frecventează Lucas și cu profesorul de la școala de duminică; fratele lui Lucas îi este devotat și are grijă de el.
— *Factori de risc ai familiei lui Lucas*: programele de lucru ale părinților lui Lucas intră în conflict; Matt, fratele lui Lucas, prezintă fenomenul de parentificare; Matt prezintă trăsături depresive; conflictele familiale și problemele referitoare la Lucas nu sunt tratate într-o manieră consecventă.
— *Punctele forte ale comunității*: susținerea oferită de grădiniță și de profesorul de la școala de duminică; susținerea comunității parohiale, care manifestă bunăvoință și se adaptează trebuințelor lui Lucas.
— *Factori de risc comunitari*: înțelegerea greșită a comportamentului lui Lucas de către *Young Men's Christian Association* (YMCA) și manifestările de parentificare ale fratelui său în acest context.

Prezentarea acestei fișe ne aduce în situația de a menționa travaliul teoretic întreprins de Ionescu și Goussé, travaliu care urmărește stabilirea unui repertoriu de factori de risc și, respectiv, de protecție, care intervin în evoluția persoanelor diagnosticate cu tulburare autistă. Bazat pe publicațiile apărute și pe observațiile clinice, acest repertoriu — desemnat prin expresia spectru al factorilor de risc și de protecție — va permite introducerea în demersul clinic a unei noi modalități de lucru, având drept obiectiv construirea rezilienței. Acest obiectiv va putea fi atins examinând balanța dinamică[1] a factorilor de risc și de protecție, reducând factorii de risc și favorizând acțiunea factorilor de protecție.

Elementele prezentate în acest capitol arată că, în ciuda faptului că se află la început, intervenția îndreptată spre crearea rezilienței va putea aduce

[1] Balanța dinamică se înclină spre polul vulnerabilității dacă factorii de risc depășesc capacitatea de „tampon" a ansamblului factorilor de protecție. Din contră, dacă, grație unei intervenții de reziliență asistată, factorii de risc/evenimentele stresante sunt evident contrabalansați de factorii de protecție, balanța se va înclina spre polul rezilienței (Jourdan-Ionescu, 2008).

o contribuție semnificativă la ameliorarea prognosticului evoluției persoanelor diagnosticate cu tulburări psihice. Bilanțul cunoștințelor despre aplicarea conceptului de reziliență la pacienții prezentând tulburări pervazive ale dezvoltării sau diagnosticul de schizofrenie lasă să se întrevadă în viitor o schimbare radicală și plină de speranță a demersurilor noastre terapeutice.

Bibliografie

Ahern L. și Fisher D. (2001), Recovery at your own PACE (Personal Assistance în Community Existence), *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 39, p. 50–51.

Asociația Psihiatrilor Liberi din România (2003), DSM IV-TR. *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale*, București.

Andreasen N.C., Carpenter W.T., Kane J.M., Lasser R.A, Marder S.R. și Weinberger D.R. (2005), Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus, *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, p. 441–449.

Andresen R., Oades L. și Caputi P. (2003), The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model, *Australian and New Zeeland Journal of Psychiatry*, vol. 37, p. 586–594.

Anthony W.A. (1993), Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system în the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 16, p. 12–23.

Anthony W.A. și Liberman R.P. (1992), Principles and practice of psychiatric rehabilitation, în R.P. Liberman (coord.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*, New York, Macmillan, p. 1–29.

Barnard J., Harvey V., Potter D. și Prior A. (2001), *Ignored or ineligible? The reality for adults with autism spectrum disorders. The National Autistic Society report for Autism Awareness Week*, Londra, NAS Publications.

Bayat M. (2007), Evidence of resilience în families of children with autism, *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 51, nr. 9, p. 702–714.

Bergman A. (1985), From psychological birth to motherhood: The treatment of an autistic child with follow-up into her adult life as a mother, în E.J. Anthony și G.H. Pollock (coord.), *Parental influences: în health and disease*, New York, Little Brown and Co., p. 91–120.

Boss P. (1987), *Family stress management*, Newbury Park, Sage.

Bouma R. și Schweitzer R. (1990), The impact of chronic childhood illness on family stress: A comparison between autism and cystic fibrosis, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 46, p. 722–730.

Burgess A.F. și Gutstein S.E. (2007), Quality of life for people with autism: rasing the standard for evaluating successful outcomes, *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 12, nr. 2, p. 80–86.

Burr W., Klein S. şi Associates (1994), *Reexamining family stress: New theory and research*, Thousand Oaks, Stage.

Chiland C. (1990), L'autisme infantile: une discussion, în C. Chiland şi J.-C. Young (coord.), *Nouvelles approches de la santé mentale de la naissance à l'adolescence pour l'enfant et sa famille*, Paris, Puf, p. 323–331.

Davidson L., Schmutte T., Dinzeo T. şi Andres-Hyman R. (2008), Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, nr. 1, p. 5–8.

Dumas J.E., Wolf L.C., Fisman S.N. şi Culligan A. (1991), Parenting stress, child behaviour problems and dysphoria in parents with autism, Down syndrom, behaviour disorders and normal development, *Exceptionality*, vol. 2, p. 97–110.

Fadden G., Bebbington P. şi Kuipers L. (1987), Caring and its burdens: A study of the spouses of depressed patients, *British Journal of Psychiatry*, vol. 151, p. 660–667.

Fitzpatrick C. (2002), A new word în serious mental illness: recovery, *Behavioral Healthcare Tomorrow*, vol. 11, p. 16–21, 33, 34.

Frith U. (1991), *Autism and Asperger syndrom*, Cambridge, Cambridge University Press.

Geanellos R. (2005), Adversity as opportunity: living with schizophrenia and developing a resilient self, *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 14, p. 7–15.

Govig S.D. (1994), *Souls are made of endurance. Surviving mental illness in the family*, Louisville, Westminster John Knox Press.

Hastings R.P. (2008), Stress in parents of children with autism; în E. McGregor, M. Núñez, K. Cebula şi J.C. Gómez (coord.), *Autism. An integrated view from neurocognitive, clinical and intervention research*, Malden, Blackwell Publishing, p. 303–324.

Hastings R.P., Daley D., Burns C. şi Beck A. (2006), Maternal distress and expressed emotion: Cross sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities, *American Journal of Mental Retardation*, vol. 111, p. 48–61.

Helt M., Kelley E., Kinsbourne M., Pandey J., Boorstein H., Herbert M. şi Fein D. (2008), Can children with autism recover? If so, how?, *Neuropsychology Review*, vol. 18, p. 339–366.

Hill R. (1949), *Families Under Stress*, New York, Harper.

Hill R. (1958), Generic Features of families under stress, *Social Casework*, vol. 49, p. 139–150.

Hoenig J. şi Hamilton M. (1966), The schizophrenic patient în the community and his effect on the household, *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 12, p. 105–176.

Holroyd J. şi McArthur D. (1976), Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood autism, *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 80, p. 431–436.

Howlin P. (2000), Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger's syndrome, *Autism*, vol. 4, nr. 1, p. 63–83.

Howlin P. şi Goode S. (1998), Outcome in adult life for more able individuals with autism and Asperger's syndrome, în F.R. Volkmar (coord.), *Autism and pervasive developmental disorders*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 209–241.

Ionescu S. (2010), *Psychopathologie de l'adulte. Fondements et perspectives*. Paris, Belin, „Psychologie SUP".

Jacobson N. şi Greenley D. (2001), What is recovery? A conceptual model and explication, *Psychiatric Services*, vol. 52, p. 482–485.

Jobe T.H. şi Harrow M. (2005), Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, nr. 14, p. 892–900.

Jourdan-Ionescu C. (2008), Importance de la prise en compte de l'hétérochronie développementale dans l'évaluation et l'intervention auprès de surdoués, *Développement des ressources humaines*, vol. 6 (număr special dedicat celui de-al şaselea colocviu internaţional), p. 26–43.

Kanner L. (1971), Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943, *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, vol. 1, nr. 2, p. 119–145.

Kanner L. (1973), *Childhood psychosis: Initial studies and new insights*, New York, Winston/Wiley.

Kelley E., Naigles L. şi Fein D. (2010), An in-depth examination of optimal outcome children with a history of autism spectrum disorders, *Research în Autism Spectrum Disorders*, vol. 4, p. 526–538.

Koegel R.L., Schreibman L., Loos L.M., Dirlich-Wilheim H., Dunlap G., Robbins F.R. şi Plienis A.J. (1992), Consistent stress profiles in mothers of children with autism, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 22, p. 205–216.

Konstantareas M.M., Homatidis S. şi Plowright C.M.S. (1992), Assessing resources and stress in parents of severely disfunctional children through the Clarke modification of Holroyd's Questionnaire on Resources and Stress, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 22, p. 217–234.

Kysela G.M., McDonald L., Drummond J. şi Alexander J. (1996), The child and family resiliency research program, *The Alberta Journal of Educational Research*, vol. XLII, nr. 4, p. 406–409.

Liberman R.P. şi Kopelowicz A. (2002a), Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century, *International Review of Psychiatry*, vol. 14, p. 245–255.

Liberman R.P., Kopelowicz A., Ventura J. şi Gutkind D. (2002b), Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia, *International Review of Psychiatry*, vol. 14, p. 256–272.

Lord C., Risi S., Lambrecht L., Cook E.H., Leventhal B.L., DiLavore P.C., Pickles A. şi Rutter M. (2000), The autism diagnostic observation schedule-generic: A standard measure of social and communicative deficits associated with the autism spectrum, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 30, p. 205–223.

Lord C., Rutter M. şi LeCouteur A. (1995), *Autism diagnostic interview*, Revised 3rd ed., Short Form, Chicago, University of Chicago Press.

Mannion E. (1996), Resilience and burden in spouses of people with mental illness, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 20, nr. 2, p. 13–23.

Marsh D. I., Lefley H.P., Evans-Rhodes D., Ansell V.I., Doerzbacher B.M., LaBarbera L. şi Paluzzi J.E. (1996), The family experience of mental illness: evidence for resilience, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 20, nr. 2, p. 3–12.

McCubbin H.I. şi McCubbin M.A. (1993), Family coping with health crises: the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation, în C. Danielson, B. Hamel-Bissell şi P. Winstead-Fry (coord.), *Families, Health and Illness*, St. Louis, C.V. Mosby, p. 21–64.

McCubbin H.I. şi Patterson J. (1983a), Family stress adaptation: A double ABCX model of family behavior, în H.I. McCubbin, M. Sussman şi J. Patterson (coord.), *Social stress and the family: advances and developments in family stress theory and research*, New York, Haworth, p. 7–37.

McCubbin H.I. şi Patterson J.M. (1983b), The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation, *Mariage and Family Review*, vol. 6, nr. 1–2, p. 7–37.

McCubbin H.I., Thompson A.I. şi McCubbin M.A. (2001), *Family measures: Stress, coping and resiliency. Inventories for research and practice* [Computer software], Honolulu, Kamehameha Schools.

McGlashan T. (1988), A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 14, p. 515–540.

Mundy P. (1993), Normal vs. high-functioning status in children with autism, *American Journal of Mental Retardation*, vol. 97, p. 381–384.

Nascimento-Stieffatre M.A. (2009), *Maladie mentale et resilience: la réinsertion socioprofessionnelle des personnes souffrants de troubles mentaux graves*, Teză de doctorat în psihologie clinică şi psihopatologie, nepublicată, în două volume (coord. prof. S. Ionescu), Paris, Université Paris VIII.

New Freedom Commission on Mental Health (2003), *Achieving the promise: transforming mental health care în America. Final report*, Rockville, Department of Health and Human Services (publication SMA-03–3832).

Retzlaff R. (2007), Families of children with Rett syndrome: stories of coherence and resilience, *Families, Systems & Health*, vol. 25, nr. 3, p. 246–262.

Rodrigue J.R., Morgan S.B. şi Geffken G. (1990), Families of autistic children: Psychological functioning of mothers, *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 19, p. 371–379.

Ruble L.A. şi Dalrymple N.J. (2002), COMPAS: A parent-teacher collaborative model for students with autism, *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, vol. 17, nr. 2, p. 76–83.

Sanders J.L. şi Morgan S.B. (1997), Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention, *Child & Family Behavior Therapy*, vol. 19, nr. 4, p. 15–32.

Singer G.H.S. (2006), Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities, *American Journal of Mental Retardation*, vol. 111, p. 155–169.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005), *National Consensus Conference on Mental Health Recovery and Systems Transformation*, Rockville, Department of Health and Human Services.

Tooth B., Kalyanasundaram V., Glover H. şi Momenzadah S. (2003), Factors consumers identify as important to recovery from schizophrenia, *Australasian Psychiatry*, vol. 11, p. 70–77.

Torgalsboen A.K. şi Rund B.R. (2002), Lessons learned from three studies of recovery from schizophrenia, *International Review of Psychiatry*, vol. 14, p. 312–317.

Tsatsanis K.D. (2003), Outcome research in Asperger syndrom and autism, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 12, nr. 1, p. 47–63.

Twoy R, Connolly P.M. şi Novak J.M. (2007), Coping strategies used by parents of children with autism, *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 19, p. 251–260.

Weiss M.J. (2002), Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism and children with mental retardation, *Autism*, vol. 6, nr. 1, p. 115–130.

Whitwell D. (1999), The myth of recovery from mental illness, *Psychiatric Bulletin*, vol. 23, p. 621–622.

Willis H.N. (2006), *An alternate theoretical resilience model for autism spectrum disorders*, Teză de doctorat în psihologie prezentată la Spalding University, Louisville (Kentucky).

Wintgens A. şi Hayez J.-Y. (2003), Le vécu de la fratrie d'un enfant souffrant de handicap mental ou de troubles autistiques: résilience, adaptation ou santé mentale compromise, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 51, p. 377–384.

VIII.

Chei ale rezilienței în deficiența intelectuală

Colette Jourdan-Ionescu și Francine Julien-Gauthier

După descrierea cadrului rezilienței asistate în deficiența intelectuală, incluzând o scurtă definiție a deficienței intelectuale, acest capitol prezintă cheile de reziliență de-a lungul etapelor ciclului vieții.

Cadrul rezilienței asistate în deficiența intelectuală

Deficiența intelectuală

Deficiența intelectuală (sau DI, numită și retard mental), este caracterizată de trei elemente (Hodapp și Dykens, 2003; Ionescu, 1987): un deficit intelectual, un deficit al comportamentelor adaptative și debutul său în primii ani de viață. În funcție de lucrările consultate, definițiile adaugă anumite elemente. DSM-IV-R (*Asociația Psihiatrilor Liberi din România*, 2003) menționează că funcționarea intelectuală generală se află semnificativ sub medie (un I.Q. de obicei mai mic de 70), că se evidențiază deficite concomitente ale funcționării adaptative în cel puțin două domenii (dintre cele ce urmează: comunicare, autonomie, viață domestică, aptitudini sociale și interpersonale, utilizarea resurselor mediului înconjurător, responsabilitate individuală, utilizarea achizițiilor școlare, muncă, petrecerea timpului liber, sănătate și siguranță), iar retardul debutează înaintea vârstei de 18 ani. În CIM-10 (Organizația Mondială a Sănătății, 1992/1993), în condițiile în care etiologia și gradul retardului mental sunt cunoscute, diagnosticul este notat printr-un cod specific al CIM [de exemplu, retard mental sever (E72) asociat cu un sindrom de insuficiență tiroidiană congenitală (E00)].

A 11-a ediție a manualului publicat de *American Association of Intellectual and Developmental Disabilities*[1] (AAIDD) definește deficiența sau, mai exact, incapacitatea intelectuală (*intellectual disability*), ca o serie de limitări semnificative în ceea ce privește atât funcționarea intelectuală, cât și comportamentul adaptativ în planul abilităților conceptuale, sociale și practice (2010, p. 6). AAIDD adaugă, de asemenea, că deficiența debutează înaintea vârstei de 18 ani. Este important să fie luat în considerare contextul tipic al copiilor de aceeași vârstă și din aceeași cultură. AAIDD subliniază că limitările și punctele forte coexistă la același individ. Pentru a alcătui un profil al susținerii individualizate necesare într-o anumită etapă a vieții, este esențială descrierea limitărilor; acestea vor permite ameliorarea traiectoriilor de viață ale persoanelor respective.

În mod obișnuit se deosebesc patru niveluri ale DI[2]. Terminologia americană (și mai veche) face referire la persoane „educabile", necesitând susținere sau supraveghere, sau dependente și reflectă nivelul de funcționare în viața curentă. Ea menționează, de asemenea, că, în funcție de gradul de deficiență, impactul asupra copilului, familiei și mediului său va fi diferit.

Prevalența DI este estimată la aproximativ 1% (mai frecventă la subiecții de sex masculin, cu o rată de 1,6M/1F) (Tassé și Morin, 2003). Totodată, diverse studii au prezentat niveluri diferite de prevalență în funcție de definiția utilizată, metodele de evaluare și populațiile studiate. În plus, progresele științifice vor putea antrena schimbări majore în prevalența DI; într-adevăr, testele de depistare realizate intrauterin ar trebui să reducă frecvența anumitor forme de DI (prin avort)[3]. Pe de altă parte, poate crește numărul altor forme de DI, datorită salvării bebelușilor foarte prematuri. Prin urmare, acest portret al populației cu DI ar putea să fie perimat peste câțiva ani.

---

[1] Asociația Americană a Dizabilităților Intelectuale și de Dezvoltare. (*N.t.*)

[2] Este vorba de gradele de deficiență intelectuală: ușoară (IQ între 50–55 și 70, categorie în care se înscriu 80–85% dintre persoanele cu DI), moderată (IQ între 35–40 și 50–55, cuprinzînd 10–12% din DI), severă (IQ între 20–25 și 35–40, cu 3–7% dintre persoanele cu DI) și profundă (IQ<20–25, cu 1–2% dintre persoanele cu DI).

[3] Progresul tehnologic permite diagnosticarea precoce (prenatală și neonatală) a numeroase anomalii cromozomiale și genetice și generează numeroase întrebări în ceea ce privește evoluția socială și stigmatizarea părinților care decid totuși aducerea pe lume a unui copil cu deficit. Articolul lui Shojai, Boubli și d'Ercole (2005) descrie foarte clar întrebările ridicate de diagnosticul de anomalie fetală, propunerea de întrerupere medicală a sarcinii și riscul presiunilor în favoarea eutanasiei care ar putea decurge de acolo. Există deci riscul unei devieri spre eugenie. Pe de altă parte, aceste diagnostice precoce răspund îngrijorărilor părinților (Maruel Ollivier, 2000) și permit, printr-o abordare precoce, prevenirea tulburărilor supraadăugate și o mai bună autonomie (Montgolfier-Aubron *et al.*, 2000).

Vorbind despre DI, ar trebui mai curând să ne referim la deficienţe intelectuale la plural, pentru a sublinia diversitatea formelor întâlnite în funcţie de cauza lor de apariţie. Într-adevăr, există multiple etiologii[1], care pot acţiona izolat sau pot fi asociate. Diferitele etiologii şi forme ale DI vor influenţa traiectoriile de viaţă ale copiilor cu DI. De exemplu, copiii cu sindromul Williams[2] dovedesc abilităţi lingvistice superioare, în detrimentul cogniţiilor spaţiale, în timp ce copiii cu sindrom Down (sau trisomie[3]) au mai des dificultăţi în sfera limbajului (Bellugi şi St-George, 2000). Pe de altă parte, copiii trisomici sunt recunoscuţi pentru faptul de a fi fericiţi şi sociabili (Carr, 1995; Hornby, 1996) şi capabili să aducă o mai mare gratificaţie părinţilor lor (Hodapp *et al.*, 2001).

Deficienţa intelectuală trebuie deosebită de tulburările de învăţare şi de tulburările de comunicare. În aceste cazuri, nu este vorba de un IQ global semnificativ inferior faţă de medie, nici de deficite în planul comportamentelor

---

[1] Etiologiile pot fi grupate în funcţie de perioada de acţiune (Dumas, 2009): perioada antenatală (aberaţii cromozomiale, mutaţii genetice, boli infecţioase contactate de mamă, precum rubeola, toxicomania mamei, traumatismele, de exemplu o tentativă de avort pre-/post-maturitate); perioada perinatală (complicaţii la naştere determinate de anoxie sau hemoragie intracraniană); perioada postnatală (encefalopatii de origine virală, toxică şi traumatică; factori socioeconomici care influenţează condiţiile de viaţă, precum malnutriţia şi neglijenţa gravă).

[2] Sindromul Williams a fost descris de cardiologul neozeelandez Williams în 1961. În 1962, Beuren, cardiolog german, descrie, independent, acelaşi tablou. De aceea se vorbeşte adesea de sindromul lui Williams şi Beuren. Sindromul asociază stenoza aortică supravasculară, DI şi trăsături faciale specifice (frunte îngustă, obraji căzuţi, gură largă cu buza inferioară răsfrântă, nas cârn, umflături periorbitale).

[3] Trisomia 21 este, probabil, forma cea mai cunoscută de deficienţă intelectuală. Descrisă de Seguin în 1846 sub numele de idioţie furfuracee, cunoscută în ţările anglo-saxone sub numele de sindrom Down, această formă de deficienţă intelectuală a fost numită mongolism de John Langdon Down (1866), din cauza asemănării faciesului copiilor trisomici cu cel caracteristic poporului mongol. Astfel se explică de ce, acum, termenul de mongolism tinde să dispară. În 1959, Lejeune, Gauthier şi Turpin arată că este vorba de o anomalie cromozomială, caracterizată de prezenţa unui al treilea cromozom 21, de unde numele de trisomie 21. Retardul mental (de grade diferite) şi retardul psihomotor (statul în şezut în jurul vârstei de 1 an, mersul în jurul vârstei de 2 ani etc.) devin vizibile pe parcursul dezvoltării. Se vorbeşte adesea de personalitatea veselă, de bunădispoziţia persoanelor trisomice (de exemplu, Tassé şi Morin, 2003). Copiii diagnosticaţi cu trisomia 21 prezintă în general fragilitate în plan fizic (sensibilitate la infecţii otorinolaringologice, la cardiopatii congenitale, la infecţii respiratorii, cataracte etc.) Graţie progreselor medicale, speranţa de viaţă a unui copil trisomic a crescut mult (în anii 1950 speranţa de viaţă era de 20 de ani, acum depăşeşte 60 de ani). Trisomia 21 este aberaţia cromozomială cea mai frecventă (8 milioane de persoane în lume, o naştere din 650). Probabilitatea de a avea un copil trisomic creşte odată cu vârsta mamei (1/2 000 de naşteri dacă mama are în jur de 20 de ani; 1/100 dacă mama are 40 de ani). În luna mai a anului 2000 a fost descifrată structura cromozomului 21, care nu conţine decât 225 de gene, unele dintre acestea fiind responsabile de trisomia 21; tot acest cromozom este implicat şi în boala Alzheimer, în anumite cancere şi forme de cecitate sau de surditate (Jourdan-Ionescu şi Ionescu, 2006). Există trei forme de descoperire a trisomiei 21: test sangvin în a patra lună de sarcină; amniocenteză, cu studierea cariotipului şi cariotipul la un copil suspect de trisomie.

adaptative. Diagnosticul diferenţial între tulburarea pervazivă de dezvoltare şi deficienţa intelectuală este uneori dificil de realizat, cu atât mai mult cu cât este frecventă comorbiditatea celor două tulburări. Comparativ cu populaţia generală, se observă o proporţie mai mare a problematicilor asociate, dublul diagnostic la persoanele cu DI variind de la 10% la 50% (Jacobson, 1982; Richardson *et al.*, 1979).

Hodapp şi Dykens (2003) subliniază importanţa contextului social:

- există o suprareprezentare a DI asociată unei lipse de stimulări şi unei depistări tardive în mediile defavorizate;
- faptul că deficitul nu este întotdeauna diagnosticat în anii preşcolari, ci mai degrabă în cei şcolari, este asociat cu specificităţile DI. Incapacităţile majorităţii copiilor cu DI (uşoare şi medii) se manifestă în mod deosebit în perioada achiziţiilor şcolare, într-un context în care poate fi comparat randamentul copilului cu acela al altor copii de aceeaşi vârstă.

DI debutează pe parcursul copilăriei şi persistă în manieră relativ stabilă toată viaţa. Prin urmare, pentru cea mai mare majoritate a populaţiei cu DI, IQ-ul este relativ stabil. Pe de altă parte, datorită anturajului, anumiţi copii recunoscuţi ca având DI pe parcursul întregii lor vieţi şcolare au căpătat competenţe adaptative care, cu ajutorul unei formări de calitate şi al unei integrări profesionale reuşite, le-au permis purtarea unei vieţi adulte independente. Ei pierd atunci caracteristicile DI şi, prin urmare, diagnosticul (Richardson şi Koller, 1992).

Copilul cu DI nu mai este privit astăzi prin prisma inabilităţilor sale, ci ca o persoană care îşi poate ocupa locul în societate, mai ales dacă sistemul său familial este în măsură să se adapteze pozitiv factorului de stres adiţional care este DI.

Mai multe cadre teoretice au permis îmbogăţirea intervenţiilor. Abordarea prin prisma *teoriei vârstelor* subliniază paralelele şi diferenţele faţă de dezvoltarea normală (Jourdan-Ionescu, 1987; Nader-Grosbois, 2006; Weisz şi Zigler, 1979) şi permite înţelegerea prerechizitelor importante pentru dezvoltarea copiilor cu DI. Abordarea *familială* a subliniat importanţa reacţiei membrilor sistemului familial (părinţi, fraţi, familie lărgită) la naştere sau la aflarea diagnosticului unui copil cu DI. Modelul Dublu ABCX[1] al lui McCubbin

[1] Modelul ABCX al lui Hill (1949) descrie reacţia unei familii în faţa unei crize: A este evenimentul de viaţă (aici, diagnosticul de DI); B, resursele personale ale familiei; C, sensul dat acestui eveniment şi X criza însăşi. McCubbin şi Patterson (1983) îmbogăţesc modelul lui Hill, adăugând

şi Patterson (1983) pune în lumină, cu precădere, importanţa identificării factorilor de stres şi a factorilor care le pot modera influenţa (printre care strategiile de adaptare). Prin interesul său faţă de achiziţia sau dispariţia comportamentelor şi faţă de condiţiile de mediu care le favorizează, abordarea comportamentală a permis dezvoltarea unor numeroase programe şi tehnici adresate mediului familial, şcolar sau comunitar. Abordarea *ecosistemică* a permis o privire mai globală, ţinând cont de diferitele sisteme (familial, şcolar, asociativ şi comunitar, profesional, social şi societal) şi de factorii care le sunt asociaţi, pentru a obţine o mai bună integrare a persoanelor cu DI.

Toate aceste abordări, combinate cu evoluţiile conceptuale şi cu metodele de intervenţie (cu precădere, conceptele de normalizare[1], de valorizare a rolurilor sociale[2] şi de dezinstituţionalizare[3]) au permis abandonarea ideii de expert orientat spre vulnerabilitate. Această abordare, bazată pe modelul medical, avea drept obiectiv deficitele şi tulburările copilului şi familiei sale şi susţinea că numai experţii puteau oferi servicii, în medii specializate. De câţiva ani însă, poate fi luată în considerare o intervenţie bazată pe reziliență, realizată în parteneriat cu persoanele implicate (Jourdan-Ionescu, 2001).

Reziliență şi deficienţă intelectuală

În mod obişnuit, reziliența face referire la o adaptare reuşită a copiilor care au suferit o adversitate semnificativă. Copiii cu DI au fost deja expuşi la adversitate, dar pot să întâlnească alte surse de risc. Reziliența, în cazul DI, constă în prezentarea celei mai bune dezvoltări cu putinţă în faţa adversităţilor specifice care se întâlnesc pe parcursul vieţii din cauza existenţei diferenţei lor, şi aceasta pentru a obţine starea de bine şi o deplină integrare socială.

---

aspectul gestionării familiale a crizei prin prisma teoriei vârstelor. Resursele familiei, de exemplu, evoluează şi pot servi ca mediator între suma cerinţelor şi posibilităţile de adaptare ale familiei. Conform Ionescu (2010, p. 18): „În accepţiunea scandinavă, aplicarea principiului normalizării nu înseamnă că se doreşte ca persoanele cu handicap mental să devină «normale» şi nici să fie «vindecate». Aplicarea acestui principiu semnifică, din contră, accesul la moduri şi la condiţii de viaţă cotidiene cât mai apropiate cu putinţă de modurile şi de condiţiile de viaţă considerate obişnuite."

2 Wolfensberger (1991) defineşte valorizarea rolurilor sociale ca „dezvoltarea, punerea în valoare, menţinerea şi/sau apărarea rolurilor sociale valorizate ale persoanelor şi, cu precădere, ale acelora care prezintă un risc de devalorizare socială, utilizând cu predilecţie mijloace valorizate cultural" (p. 53).

3 Dezinstituţionalizarea este o etapă către integrarea socială, realizată prin deplasarea persoanelor dintr-o instituţie spre un mediu mai normal. În 1994, Paré, Parent, Pilon şi Côté au prezentat un istoric al dezinstituţionalizării.

În paralel cu alte teorii (cognitiv-comportamentală, de exemplu), Richardson (2002) descrie cele trei valuri succesive de cercetare privitoare la teoria rezilienței. Pentru a rezuma, se poate spune că primul val avea drept obiectiv căutarea calităților asociate rezilienței. Pe parcursul acestei perioade, cercetările — adesea de tip fenomenologic — au permis alcătuirea unei liste de calități și de factori de protecție individuali (stimă de sine, autoeficiență, de exemplu) și ai anturajului (susținere socială), care prezic o evoluție pozitivă în fața adversității. Al doilea val a vizat descrierea procesului de reziliență și balanța dinamică dintre stres, adversitate, evenimentele de viață întâlnite și oportunitățile oferite de factorii de protecție, orientată către un nou echilibru, bazat pe reziliență. Al treilea val se focalizează pe căutarea punctelor forte, a factorilor de protecție care permit indivizilor și grupurilor actualizarea de sine și depășirea într-o manieră rezilientă a întreruperilor cauzate de adversități. Aceasta înseamnă căutarea resurselor și strategiilor pentru facilitarea/alimentarea rezilienței. În cadrul acestui al treilea val este plasat aportul capitolului de față, consacrat intervențiilor de reziliență asistată pentru persoanele cu DI.

Pe parcursul vieții, sarcina cea mai importantă din punctul de vedere al dezvoltării o constituie cultivarea factorilor de protecție care vor constitui bariere în fața riscurilor și vor permite menținerea stării de bine (Baruth și Carroll, 2002). Reziliența este complexă și nu poate fi descrisă ca unidimensională. Este imposibil de acționat asupra unora dintre diverșii factori de risc individuali, familiali și de mediu (de exemplu, o meningită infecțioasă sau o iradiere pe perioada sarcinii produc o deficiență intelectuală, iar starea copilului nu se poate schimba) care influențează dezvoltarea copilului cu DI (vezi figura 1). În ceea ce privește DI, trebuie deci început cu un bilanț al factorilor asupra cărora se poate acționa (de exemplu, învățarea abilităților sociale), spre deosebire de alte caracteristici de care va trebui ținut cont în cadrul intervenției, dar care nu pot fi modificate (de exemplu, heterocronia de dezvoltare[1]).

Factorii de risc specifici persoanelor cu DI amplifică stresul simțit în anumite etape ale traiectoriei de viață. De exemplu, perioada pubertală și debutul vârstei adulte reprezintă tranziții dificile, mai ales pentru mamele unui copil cu DI (Wikler, 1986).

---

[1] Heterocronia de dezvoltare (Ionescu, 1987; Zazzo, 1979) — desemnând faptul că persoanele cu DI se dezvoltă în ritmuri diferite în diversele sectoare de dezvoltare — confirmă, pe lângă achizițiile datorate vârstei, prezența sectoarelor de dezvoltare „puternice", a potențialului, alături de sectoarele mai slabe.

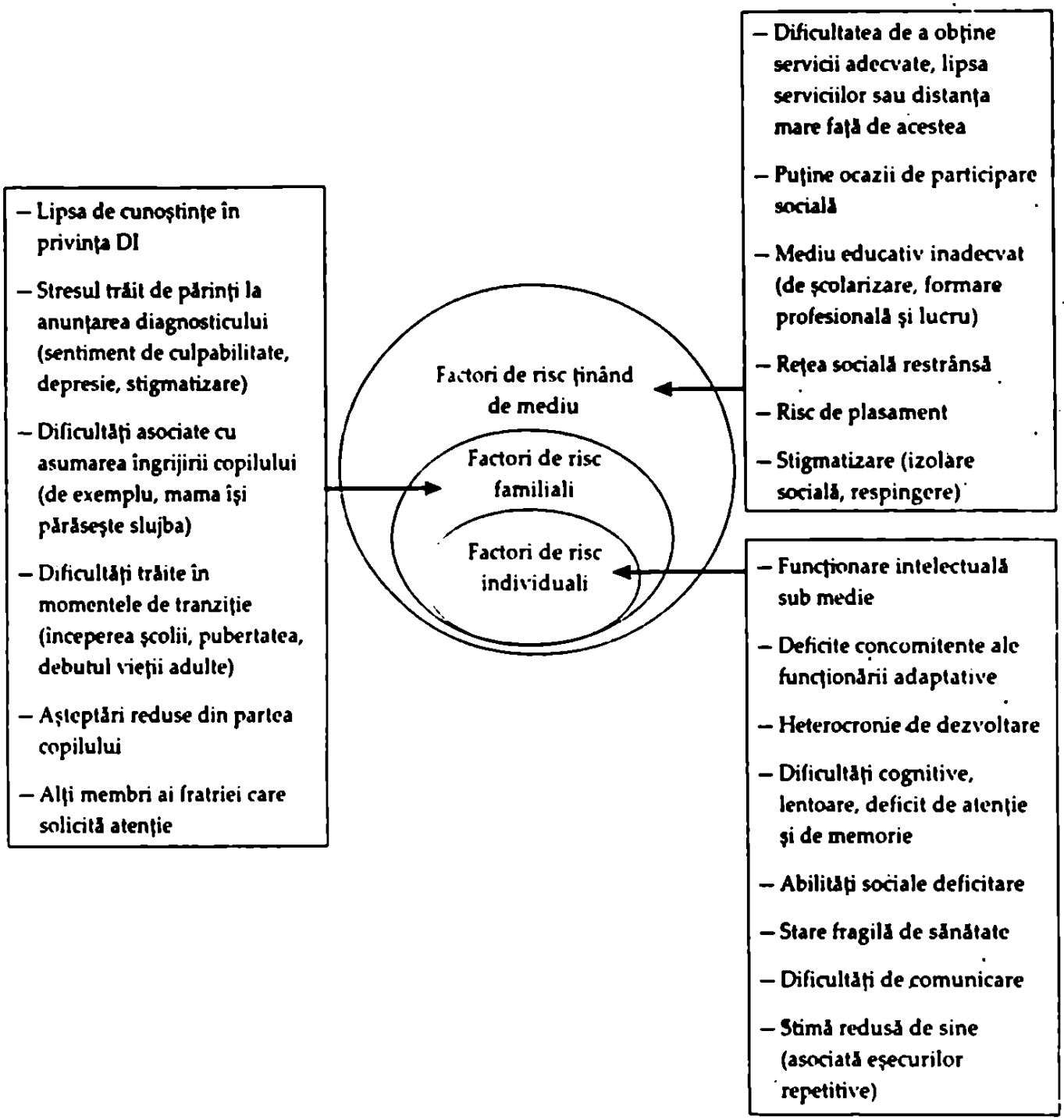

– Dificultatea de a obține servicii adecvate, lipsa serviciilor sau distanța mare față de acestea
– Puține ocazii de participare socială
– Mediu educativ inadecvat (de școlarizare, formare profesională și lucru)
– Rețea socială restrânsă
– Risc de plasament
– Stigmatizare (izolare socială, respingere)
– Lipsa de cunoștințe în privința DI
– Stresul trăit de părinți la anunțarea diagnosticului (sentiment de culpabilitate, depresie, stigmatizare)
– Dificultăți asociate cu asumarea îngrijirii copilului (de exemplu, mama își părăsește slujba)
– Dificultăți trăite în momentele de tranziție (începerea școlii, pubertatea, debutul vieții adulte)
– Așteptări reduse din partea copilului
– Alți membri ai fratriei care solicită atenție
Factori de risc ținând de mediu
Factori de risc familiali
Factori de risc individuali
– Funcționare intelectuală sub medie
– Deficite concomitente ale funcționării adaptative
– Heterocronie de dezvoltare
– Dificultăți cognitive, lentoare, deficit de atenție și de memorie
– Abilități sociale deficitare
– Stare fragilă de sănătate
– Dificultăți de comunicare
– Stimă redusă de sine (asociată eșecurilor repetitive)

Figura 1. Factori de risc ai copiilor care prezintă o deficiență intelectuală

Un aspect descoperit de mult timp (Arthur, 2006; Ionescu și Jourdan-Ionescu, 1987; Sternlicht, 1966) și încă valabil este neglijarea vieții afective și a dificultăților emoționale întâmpinate de persoanele cu DI, indiferent de vârsta acestora. Mai multe studii au demonstrat fără echivoc faptul că persoanele cu DI simt tristețea, anxietatea și depresia (Ionescu, 2003). Pentru a permite punerea în practică a intervențiilor de reziliență asistată pentru persoanele cu

DI, trebuie luate în considerare şapte obiective, astfel încât să se răspundă în primul rând nevoilor lor emoţionale:

- a le învăţa să recunoască emoţiile (proprii şi ale altora), să le exprime şi să le controleze;
- a şti cum să le diminuezi anxietatea sau agresivitatea;
- a le ameliora stilul de comunicare;
- a le îmbunătăţi relaţiile interpersonale;
- a le ajuta să-şi accepte deficitul şi limitările care decurg de acolo;
- a le învăţa strategii de rezolvare a problemelor;
- a le ameliora stima de sine, punându-le în situaţii care le aduc reuşită.

Aceasta implică următoarele abilităţi ale familiei — pe lângă capacitatea de a răspunde propriilor trebuinţe:

- să asculte ceea ce persoana cu DI trăieşte zi de zi;
- să implementeze activităţi de relaxare, atunci când anxietatea creşte în faţa unor noi provocări sau a unor situaţii deosebit de dificile;
- să recurgă la psihoterapie, atunci când apar probleme mai importante. Există diverse tipuri de terapie: cognitiv-comportamentală, de grup, de inspiraţie psihanalitică, remotivare, terapia realităţii, art-terapie, zooterapie etc.

Intervenienţii trebuie să:

- asculte persoana cu DI;
- îşi ofere disponibilitatea pentru totalitatea problemelor de rezolvat (căutarea unor servicii, probleme legate de educaţie, financiare, cu reţeaua de susţinere socială etc.);
- orienteze, la nevoie, membrii familiei sau însăşi persoana în cauză spre un psiholog, pentru anumite etape dificil de traversat (anunţarea diagnosticului, consiliere pentru susţinerea cuplului, fratriei, dificultatea acceptării diagnosticului etc.).

Pe tot parcursul acestui capitol, vom învăţa cum să răspundem trebuinţelor persoanelor cu DI, favorizând implementarea factorilor de protecţie. Am decis să prezentăm diferitele intervenţii care favorizează reziliența asistată sau „cheile de reziliență", urmând etapele de viaţă ale persoanei şi familiei

sale. Cheile care favorizează reziliența trebuie, bineînțeles, inserate ținând cont de contextul cultural în care trăiește persoana cu DI. Factorii culturali pot crește riscul de respingere familială și socială. Într-adevăr, în studiul său calitativ realizat asupra unor familii musulmane cu un copil cu dizabilități, Crabtree (2007) vorbește despre stigmatizarea mamei (risc de repudiere și de divorț din cauza diagnosticului copilului) și a copilului (segregare), facilitată de religie. Totodată, reziliența este facilitată de religia musulmană, care recomandă acceptarea dizabilității copilului. În plus, Frison, Wallander și Browne (1998) pun accentul asupra factorilor de protecție culturali asociați unei mai bune adaptări. Identitatea etnică ar proteja adolescenții cu o DI ușoară de problemele de comportament internalizate (depresie, anxietate, izolare, inhibiție) sau externalizate (hiperactivitate, delincvență, agresivitate, lipsă de control). Susținerea intergenerațională din partea altor persoane decât părinții (exercitată de bunici, unchi și mătuși) ar constitui, de asemenea, un factor de protecție asociat unei mai bune adaptări.

Un aspect puțin abordat și totuși esențial al intervenției care urmărește o reziliență ecosistemică asistată este implicarea intervenienților. Purcell, McConkey și Morris (2000) au elaborat o intervenție menită să faciliteze comunicarea intervenienților cu persoanele prezentând DI[1]. Acești autori au instruit 24 de intervenienți voluntari[2], cu precădere femei (18), să aducă schimbări în comunicarea cu o persoană cu DI[3] cunoscută, cu care intervenientul avea contacte frecvente. Strategiile de instruire au cuprins: formări supervizate, pentru a defini și a identifica modalitățile de comunicare folosite de persoana cu DI și de ei înșiși și funcțiile acestora[4]; un travaliu de conștientizare a formelor de comunicare folosite (prin simulări, vizionări video și

---

[1] De exemplu, cercetarea realizată de McConkey, Morris și Purcell (1999) a arătat, grație analizei materialelor video ale diadelor intervenient-persoană cu DI, că persoanele cu DI aveau puține ocazii de a se angaja în conversație ca parteneri egali (folosirea directivelor de către intervenienți, a întrebărilor și lipsa de ajustare a limbajului la capacitățile de înțelegere ale persoanei).

[2] 29% dintre intervenienți aveau o calificare profesională, iar cea mai mare parte urmase cursuri de comunicare. Aveau în medie 6,5 ani de experiență (cu o dispersie de la 1 la 13 ani).

[3] Persoanele cu deficiență intelectuală erau 13 femei, din care 6 trisomice, iar media de vârstă a grupului era de 38 ani (cu o dispersie mergând de la 27 la 55 de ani). 79% locuiau în locuințe comune (cuprinzând maximum cinci persoane), patru dintre ele locuiau cu părinții și una locuia în propriul apartament, primind vizite de susținere din partea intervenienților. În planul comunicării, 21% comunicau exclusiv nonverbal, 29% nu rosteau decât câteva cuvinte, 17% utilizau două-trei cuvinte-propoziții, 33% alcătuiau propoziții.

[4] Șase metode nonverbale (gest, atingere, privire, expresie facială, mișcarea capului și postură corporală) și șase funcții verbale (întrebări deschise și închise, comentarii, consemne, întăriri și clarificări) au fost considerate importante de Clegg, Standen și Cromby (1991) și de McLeod, Houston și Seyfort (1996).

prin analiza interacţiunilor cu clienţii lor), schimbări ale strategiilor de comunicare în funcţie de trebuinţele persoanei şi de context şi supervizarea de către un tutore care cunoaşte intervenientul şi persoana cu DI. Evaluarea rezultatelor a fost efectuată printr-o evaluare în orb a două înregistrări video de 15 minute a unei interacţiuni cu persoana deficientă intelectual, înregistrări realizate înainte şi după formare. Diferenţele observate la finele instruirii sunt mai evidente în contextul activităţilor partajate decât în contextele de învăţare sau de interacţiune. Persoanele care au profitat cel mai mult sunt acelea care vorbeau puţin (prin gesturi sau câteva cuvinte). Schimbările observate la intervenienţi arată o creştere a numărului de întrebări deschise (şi corolarul său, o diminuare a numărului întrebărilor închise), o creştere a numărului de răspunsuri acordate unei persoane, o accentuare a comunicării nonverbale şi o sporire a comentariilor. Chiar dacă analizele statistice nu demonstrează cu adevărat o diferenţă pre-/postinstruire, comentariile intervenienţilor dovedesc prezenţa schimbărilor. Autorii recomandă ca formarea să aibă loc în cadrul realizării unor activităţi comune (de exemplu, în cadrul muncii), să aibă în vedere o persoană cu care intervenientul interacţionează frecvent, iar un supervizor care îi cunoaşte atât pe intervenient, cât şi pe persoana cu DI să ghideze procesul de instruire.

Este esenţială dedicarea intervenienţilor, dar nu trebuie uitată nici capacitatea lor de reziliență. Anumite trăsături de personalitate ale intervenienţilor pot fi predictori ai nivelului stării lor de bine psihologic şi ai riscului de epuizare profesională (Chung şi Harding, 2009). Noone şi Hastings (2009) prezintă un studiu-pilot despre o intervenţie asupra echipelor care lucrează cu persoane deficiente intelectual şi care urmăreşte acceptarea (bazată pe travaliul asupra gândurilor negative ale intervenientului şi stresului simţit). Ideea de a lua în considerare starea de bine a membrilor echipelor este esenţială, întrucât aceasta condiţionează calitatea intervenţiilor realizate pentru alte persoane (stabilitatea intervenienţilor, bune relaţii interpersonale, obiective de intervenţie mai bine alese etc.).

Pentru a avea în vedere rezilienţa asistată a intervenienţilor care lucrează pe lângă persoanele prezentând DI şi pe lângă familiile lor, şase obiective ar trebui urmărite pe parcursul formării. Aceste obiective se referă la dobândirea capacităţii:

— de a percepe persoana cu DI ca pe oricare altă persoană având, pe lângă deficitul său, şi resurse;

- de a ajuta persoana cu DI să-şi exprime sentimentele şi trebuinţele specifice;
- de a auzi şi vorbi despre eşecuri şi pierderi şi de a oferi susţinerea necesară;
- de a vedea situaţia dintr-o perspectivă ecosistemică (ajutor acordat persoanei cu DI, părinţilor săi, fratriei, personalului didactic, celorlalţi intervenienţi, familiei lărgite), favorizând astfel realizarea unei intervenţii individualizate în scopul dezvoltării factorilor de protecţie;
- de a implementa toate serviciile adecvate disponibile (printre altele, servicii de suplinire temporară a părinţilor, pentru ca aceştia să nu devină epuizaţi);
- de a solicita ajutor atunci când elementele contratransferenţiale le blochează capacităţile de intervenţie.

Chei de rezilienţă pentru fiecare dintre etapele de viaţă ale persoanei care prezintă o deficienţă intelectuală

Chei de rezilienţă în cazul copilului mic, începând cu anunţarea diagnosticului

Chiar dacă există asemănări între experienţele familiilor cu un copil cu dizabilităţi, impactul asupra lor diferă de la o familie la alta. În studiul fenomenologic realizat asupra a cinci mame cu un copil trisomic cu vârsta cuprinsă între trei şi opt ani, Joosa şi Berthelsen (2006) descriu, ca primă categorie ce decurge din analiza lor, impactul diagnosticului de trisomie 21 comunicat uneia dintre mame pe parcursul sarcinii şi celorlalte patru la naştere. Patru dintre mame s-au simţit foarte speriate, informaţiile lor despre acest sindrom fiind minime; a cincea, deşi era infirmieră, a fost copleşită de veste. Sunt menţionate diferenţa faţă de copilul visat, responsabilitatea (De ce eu?), problema referitoare la când şi cum să comunice acest lucru apropiaţilor. La polul opus, o mamă spune că acum a învăţat mult graţie acestui copil, mai ales iubirea necondiţionată şi observarea aspectului pozitiv chiar şi al unui eveniment negativ.

Anunţarea din ce în ce mai precoce a diagnosticului precedă adesea întrebările părinţilor şi este adesea brutală pentru părinţii care nu au putut încă să creeze o legătură cu copilul lor (Maurel Ollivier, 2000). Este important ca profesioniştii să respecte ritmul diferit al părinţilor: unii se vor arunca

asupra informației (prin intermediul internetului și al asociațiilor de părinți) și vor pune multe întrebări personalului medical, alții se vor lansa într-o cursă de la un specialist la altul, pe când alții recunosc dificultățile pe măsură ce apar. Clinicianul trebuie să respecte timpul de adaptare a părinților la rana narcisică resimțită.

Majoritatea mamelor copiilor trisomici al căror diagnostic a fost dat postnatal (n = 985) intervievate de Skotko (2005) afirmă că niciun medic nu a evocat aspectele pozitive ale acestei boli. Circa jumătate din mame relatează că în anii 1990, atunci când li s-a comunicat diagnosticul la nașterea copilului, medicul a subliniat numai aspectele negative ale trisomiei 21 (oferind exemple precum: nu va ști niciodată să schimbe autobuzele, nu va avea niciodată loc de muncă, este foarte posibil să ajungă un adult obez) și a recomandat adopția sau instituționalizarea. Din contră, începând cu anii 2000, anumiți medici subliniază aspectele pozitive ale trisomiei 21.

Foarte pertinentă este concluzia trasă de Lev-Wiesel și Zeevi (2007), conform căreia părinții unui copil cu DI sunt mai stresați de această experiență decât părinții unor copii fără DI. Din punct de vedere psihologic, părinții care așteptau un copil „normal" trebuie să facă doliul unui copil „perfect", trebuie să-l integreze în familie, să facă față sentimentelor de culpabilitate asociate etiologiei DI (în special în cazul etiologiilor genetice) și să reprezinte pe tot parcursul vieții o susținere pentru acest copil diferit. Din punct de vedere social, ei trebuie să se confrunte cu discriminarea pricinuită de faptul că au un copil diferit, ceea ce antrenează adesea o renunțare la activitățile sociale. Mamele — principalul sprijin al copilului (Statistici canadiene, 2004) — alocă mai mult timp și energie îngrijirii copilului lor cu DI și, în consecință, își sacrifică adesea locul de muncă în detrimentul siguranței financiare a familiei. În mod obișnuit, taților le va veni mai greu să-și exprime emoțiile, simțindu-se mai puțin eficienți în viața de zi cu zi și preferând să evadeze în muncă. Totuși, tații trebuie să-și asume un rol major în urmărirea deplinei autonomii a copilului lor. Stresul parental este corelat cu prezența unui copil deficient intelectual și se referă la dimensiuni precum problemele de familie asociate implementării asistenței, pesimismul și o viziune negativă asupra limitărilor copilului. Familiile pun totuși accentul asupra realizării, asupra credințelor morale și religioase și a unor reguli fixe pentru buna funcționare a familiei. Ele pot da dovadă, de asemenea, de o funcționare adaptativă și rezilientă, așa cum a demonstrat Morin în lucrarea sa pe tema contribuțiilor pozitive la experiența parentală (2008).

La aflarea diagnosticului de DI, majoritatea mamelor au senzaţia de ruptură (acompaniată de autoculpabilizare, depresie şi negare a diagnosticului). Pe de altă parte, aceste experienţe comportă elemente de rezilienţă, mamele intervievate de Poehlmann, Clements, Abbeduto şi Farsad (2005) prezentând factori de protecţie care contribuie la starea de bine a familiei şi la depăşirea provocărilor care reprezentau surse de stres. Descrierea făcută de ele copilului, ca un copil implicat în relaţii sociale, cu umor şi foarte perspicace, scoate în evidenţă beneficiile prezenţei unui copil cu dizabilităţi în familie.

În studiul lor realizat sub forma unui focus grup reunind părinţi (12 mame şi trei taţi) şi intervenienţi (4) în Ontario (Canada), King, Zwaigenbaum, King, Baxter, Rosenbaum şi Bates (2006) au arătat că senzaţia părinţilor unui copil cu sindrom Down sau cu o tulburare pervazivă de dezvoltare este aceea de „schimbare a experienţei de viaţă", care permite o amplificare a sentimentului de coerenţă. Este necesară o schimbare în sfera valorilor şi a priorităţilor acestora. Pierderea visurilor legate de viitorul copilului lor (reuşită şcolară şi profesională, autonomie, căsătorie, ideea de a avea nepoţi) trebuie să-i aducă în situaţia de a-şi crea noi visuri. Este important ca părinţii să ştie că alţi părinţi recunosc schimbări în modul lor de gândire referitor la copil şi la rolul lor de părinte şi că aceste schimbări sunt însoţite de un sentiment de control şi de un nou sens dat vieţii.

Prima cheie de rezilienţă în cazul copilului mic care are o deficienţă intelectuală este intervenţia precoce vizând implementarea — cât mai curând posibil — a unui ansamblu de intervenţii multidisciplinare: stimulare precoce a dezvoltării copilului, de îndată ce a fost depistat riscul de întârziere în dezvoltare; prevenirea apariţiei unor tulburări mai grave; informarea, instruirea şi susţinerea acordată părinţilor pentru a continua să se implice în dezvoltarea copilului şi pentru a se simţi mai competenţi în rolurile de mamă şi tată. Acest ansamblu de intervenţii — dacă este reajustat în mod regulat trebuinţelor copilului şi familiei[1] — permite implementarea factorilor de protecţie (Jourdan-Ionescu, 2003) care facilitează rezilienţa copilului şi a familiei sale.

Fundamentele rezilienţei asistate la copilul care are o deficienţă intelectuală sunt de natură tranzacţională: interacţiunile bidirecţionale între copil şi persoanele din mediul său îi facilitează dezvoltarea; schimbările copilului au un

---

[1] Intervenienţii trebuie să cunoască punctele forte şi stilurile de adaptare ale familiei pentru a oferi susţinere. Intervenţia trebuie să fie deci adaptată nevoilor familiei, pentru ca aceasta să-şi poată dezvolta propriile puncte forte şi propriul stil. Obiectivele trebuie să vizeze sporirea competenţelor copilului, a îngrijirilor acordate acestuia, precum şi modificarea percepţiilor părinţilor.

impact asupra mediului şi declanşează modificarea percepţiei asupra capacităţilor sale, ceea ce antrenează oferirea unor provocări mai mari, care pot fi mai interesante şi îl pot incita să se autodepăşească, pregătind astfel, pe parcursul interacţiunilor, dezvoltarea unor abilităţi din ce în ce mai complexe (Bronfenbrenner, 1996; Conroy şi Brown, 1997; Warren, 2004).

La copilul mic, abilităţile de comunicare exercită un rol principal în construirea rezilienţei. Într-o manieră generală, copiii care au o deficienţă intelectuală întâmpină dificultăţi în ceea ce priveşte performanţa şi eficienţa comunicării (Goldstein, Kaczmarek şi Hepting, 1996). Dificultăţile întâmpinate de copil în achiziţia limbajului îi limitează înţelegerea limbajului celorlalţi şi învăţarea de noi concepte (Brown şi Conroy, 2002; Rondal, 1999). Aceste dificultăţi îi limitează în mod egal capacitatea de a-şi exprima trebuinţele, dorinţele şi ideile şi îi afectează, în consecinţă, ansamblul achiziţiilor (Julien-Gauthier, 2009).

Din cauza deficitelor în planul atenţiei şi dificultăţilor de înţelegere a mediului social, copilul beneficiază de mai puţine ocazii de dezvoltare şi de învăţare. Pentru a-şi stimula copilul, părinţii trebuie să acorde atenţie caracteristicilor sale cognitive şi expresive, să cunoască formele de interacţiune utilizate de copilul lor şi să-i observe încercările de comunicare (Guralnick, Neville, Hammond şi Connor, 2008). Clinicianul poate lucra cu părinţii pentru a le spori sensibilitatea la tentativele de interacţiune şi de comunicare din partea copilului (Dunst, Trivette, Raab şi Masiello, 2008) şi a le îmbogăţi cunoştinţele referitoare la practicile parentale care facilitează dezvoltarea acestor abilităţi fundamentale învăţării (Yoder şi Warren, 2004). Câteva ore de formare pe săptămână, realizate cu părinţii sau adulţii care au grijă de copil, au un efect multiplicator şi permit dezvoltarea semnificativă a abilităţilor copilului în plan emoţional, social şi comunicaţional (Warren *et al.*, 2006). Strategiile de învăţare integrate obiceiurilor familiale pot, de asemenea, să fie utilizate de alte persoane, printre care membrii familiei lărgite, educatoarele din serviciile de supraveghere sau personalul atelierelor educative (Girolametto, Weitzman şi Greenberg, 2003, 2006).

Copilul mic este mai probabil să iniţieze comunicarea sau interacţiunea pe tema obiectelor de care are nevoie, pe care le iubeşte, care sunt noi pentru el sau îl atrag în mod deosebit (Warren *et al.*, 2008). Din această perspectivă, adultul poate declanşa comunicarea utilizând un stimul nonverbal, adică arătându-i copilului un obiect sau un joc care-i prezintă interes sau îi atrage atenţia. El aşteaptă atunci un moment, permiţându-i copilului să iniţieze o cerinţă, exprimată printr-o interjecţie sau printr-o expresie nonverbală ce

semnifică dorința de a avea acel obiect (Kashinath *et al.*, 2006; McCathren, 2000). El încurajează astfel apariția primelor cerințe ale copilului, unul dintre pilonii dezvoltării comunicării (Warren, Fey și Yoder, 2007). Totuși, adultul trebuie să țină seama de ritmul copilului, adică de viteza cu care el poate decoda ceea ce îi este prezentat, și să-i lase timpul necesar pentru a produce un răspuns verbal sau gestual (Julien-Gauthier, 2009). A-i lăsa copilului timpul necesar pentru a iniția o cerință și a multiplica ocaziile care să-i permită dezvoltarea acestei abilități constituie, de asemenea, fundația construirii altor abilități, precum inițiativa sau interacțiunea socială.

O structură de rutine sociale (jocuri repetitive, previzibile, cu schimb de roluri sau ritualuri), realizate în context, poate ajuta copilul să învețe și să-și amintească noi abilități (Warren *et al.*, 2008). Învățarea este astfel inserată într-o secvență amuzantă sau semnificativă. Este recunoscută importanța recunoașterii gusturilor, a intereselor copilului încă de la vârsta cea mai fragedă și a sublinierii reușitelor sale, pentru a contribui la dezvoltarea altor abilități (Tétreault, Beaupré și Pelletier, 2004). Trebuie amintit părinților cât de important este să acorde atenție intereselor manifestate de copilul lor și încurajați să utilizeze aceste interese pentru a-i susține motivația pe parcursul procesului de învățare. La rândul lor, părinții pot împărtăși aceste informații altor adulți care au grijă de copilul lor.

Aceste câteva strategii arată cum poate lucra clinicianul cu părinții pentru a crește reziliența copilului, contribuind la dezvoltarea abilităților fundamentale învățării. Totuși, pentru a fi cu adevărat eficientă, munca specialistului trebuie să se sprijine pe o legătură de încredere stabilită cu părinții (Warren *et al.*, 2006). Așa cum a fost prezentat mai sus, expertul trebuie, de asemenea, să evite o abordare focalizată pe vulnerabilitate, pentru a privilegia o intervenție axată pe reziliență și realizată în parteneriat cu părinții și cu ceilalți adulți care au grijă de copil (Dunst, Bruder, Trivette și Hamby, 2006; Jourdan-Ionescu, 2001), precum este ilustrat în studiul de caz 1. Calitatea interacțiunii părinților cu copilul lor este fundamentul pe care apar primele abilități de comunicare ale copilului care are o deficiență intelectuală (MacDonald, 2004). Pentru a susține aceste achiziții, clinicianul trebuie să faciliteze utilizarea de strategii și să acorde totodată atenție calității interacțiunii, dat fiind faptul că părinților le-ar putea fi dificil să-i lase copilului suficient timp pentru a răspunde unei cerințe care îi este adresată, pentru a exprima o intenție sau a comunica o emoție (Warren *et al.*, 2006).

În mod evident, programele de intervenție precoce trebuie să se armonizeze cu trăsăturile specifice copilului, cu resursele familiale (strategii de adaptare

și susținere socială disponibilă) și cu sănătatea părinților (sindromul depresiv al mamelor, de exemplu).

Cum părinții au — odată cu dezinstituționalizarea — rolul cel mai important în evoluția copilului lor cu DI, este esențial să li se ofere accesul la servicii de ajutor (la domiciliu, într-un centru comunitar sau specializat). Chiar dacă aceste servicii nu contribuie întotdeauna la rezolvarea problemelor părinților (Venet și Déry, 2004), ele reduc supraîncărcarea familială. Studiul factorilor de protecție care permit părinților să dea dovadă de reziliență în fața situațiilor cotidiene de stres i-a determinat pe Gerstein *et al.* (2009) să sublinieze importanța unei stări psihologice de bine a părinților și a unei relații de cuplu de înaltă calitate. Acestea reprezintă baza unei intervenții eficiente asupra copilului. Studiul de caz 1 ilustrează implementarea factorilor de protecție în vederea facilitării rezilienței unui copil mic și a familiei sale.

Mai multe *chei de reziliență* de pe parcursul copilăriei mici se adresează părinților. Conform Black și Lobo (2008), toate familiile dispun de factori de protecție (de exemplu, o privire optimistă, simțul umorului, emoții pozitive, coeziune familială etc.) care permit încurajarea rezilienței. Situația este similară pentru familiile care au un membru cu DI. În cazul persoanelor cu DI, numeroase cercetări s-au ocupat de factorii care determină reziliența familială.

Adaptarea familială care permite reziliența este definită ca rezultat al eforturilor familiei de a stabili un nou echilibru, armonie și funcționare pe parcursul situației familiale stresante. Aceasta înseamnă capacitatea de a realiza un echilibru între demersul de a răspunde nevoilor specifice ale copilului cu DI, nevoilor celorlalți membri și nevoilor familiei în ansamblul său. Anaut (2006) subliniază competențele de care dau dovadă numeroase familii în depășirea adversității: „Caracteristicile familiale care favorizează reziliența formează o rețea de protecție bazată pe soliditatea valorilor, pe stabilitatea structurii familiale, pe solidaritățile emoționale și pe susținerea reciprocă între membri" (p. 16–17).

Lustig (1997) a măsurat diverse variabile familiale, printre care sentimentul de coerență, susținerea socială, sentimentul de coeziune și adaptarea familială. Rezultatele sale arată că marea majoritate a familiilor care au un adult cu DI pot fi considerate reziliente și funcționale. Cele 115 familii pe care le-a studiat pot fi divizate în trei grupuri: familiile coerente (n = 59), cu scoruri ridicate la sentimentul de coerență familială și sprijin social și scoruri medii la adaptabilitate și sentiment de coeziune familială; familiile flexibile (n = 48), caracterizate printr-un nivel ridicat al sprijinului social, un nivel mediu al adaptabilității familiale și un scor redus la sentimentul coerenței familiale; și,

STUDIUL DE CAZ 1

Stimularea precoce a unui copil trisomic

Pablo are doi ani și jumătate, este un copil jovial și sociabil, diagnosticat cu trisomia 21. De când s-a născut, mama sa și-a întrerupt activitățile profesionale pentru a-l îngriji, dar simte că lui Pablo îi lipsesc contactele cu copii de vârsta sa. Ea solicită atunci ajutorul unui intervenient specializat (psiholog, educator specializat etc.), pentru a-l însoți pe Pablo în demersul de integrare. Pentru a facilita reziliența băiețelului, intervenientul specializat îi sensibilizează părinții față de necesitatea unei intervenții precoce, astfel încât să dobândească abilitățile care-i vor înlesni intrarea la școală. Îi ajută să aleagă un mediu preșcolar care oferă servicii educative copiilor cu dizabilități, integrându-i, totodată, printre copiii de aceeași vârstă. Intervenientul specializat organizează apoi o întâlnire prealabilă incluziunii, între băiețel, părinții săi și educatoarele care-l vor întâmpina la grădiniță. Scopul acestei întâlniri este acela de a implementa factori de protecție ce vor facilita reziliența copilului în acest nou mediu. Intervenientul specializat îl prezintă pe Pablo și le dă educatoarelor informații despre maladia și abilitățile sale; el abordează apoi caracteristicile asociate deficienței intelectuale, printre care o funcționare mai lentă decât a altor copii și dificultăți de înțelegere a propriului mediu social. Părinții menționează gusturile, interesele și preferințele copilului, fundamente pe care educatoarele se vor putea sprijini pentru a-i menține motivația pentru realizarea sarcinii, pe parcursul învățării. În primele săptămâni, o educatoare suplimentară va fi adăugată grupei, sarcina sa fiind aceea de a implementa condițiile care vor facilita integrarea băiețelului. Ținând cont de dificultățile inerente acompanierii neîntrerupte în aceste medii (Giangreco, 2010; Giangreco, Edelman, Luiselli și MacFarland, 1997), ea va colabora cu educatoarea responsabilă, pentru a amenaja mediul și a introduce activități de sensibilizare și de stimulare a participării copilului (Julien-Gauthier, 2008). Pentru Pablo și familia sa, reziliența asistată reprezintă ajutorul oferit educatoarelor de către intervenientul specializat în vederea amenajării spațiului și susținerii familiei. Intervenientul specializat va fi la dispoziția familiei, ca mediator, de-a lungul întregului proces, ținându-i pe membrii acesteia la curent și sugerându-le modalități prin care să contribuie la reușita integrării copilului lor. Pablo își va dezvolta mai întâi abilitățile de comunicare și va participa în felul său la activități. Educatoarele, în colaborare cu intervenientul specializat, vor adapta activitățile curente și rutinele; ceilalți copii vor fi și ei implicați, odată cu sosirea lui Pablo. Ei îl pot ajuta să-și dezvolte abilitățile de interacțiune socială, întrucât

prezența, ca și acțiunile lor, au un caracter de întărire pentru băiețel (Brown și Conroy, 2002). Strategiile de învățare pentru dezvoltarea comunicării și abilităților sociale pot fi inserate în activitățile curente, contribuind la dezvoltarea și educarea tuturor copiilor (Dunst, Bruder, Trivette și Hamby, 2006). La final, intervenientul îi sugerează mamei lui Pablo să-și reia activitatea profesională, măcar cu timp parțial.

în cele din urmă, familiile vulnerabile (n = 8), cu un sentiment slab al coerenței familiale, un slab sprijin social, o slabă adaptabilitate familială și o slabă coeziune familială. Pentru Costigan *et al.* (1997), rezolvarea activă a problemelor (încurajând membrii să-și exprime direct opiniile și interesele, negociind și făcând compromisuri, totul într-o manieră cooperantă) determină reziliența în fața stresului. Aceasta permite înțelegerea dificultăților specifice întâmpinate de mamele singure.

Grant, Ramcharan și Flynn (2007) demonstrează că reziliența familială este produsă și menținută, la nivel individual, de căutarea sensului, sentimentul de control și menținerea valorilor identitare, la nivel familial, de menținerea granițelor (schemă familială cu valori, cultură și etică; dragoste și susținere; reglarea factorilor de sprijin interiori și exteriori) și la nivelul mediului înconjurător, de oportunitățile și amenințările materiale, sociale, culturale și politice.

Chei de reziliență pe parcursul perioadei școlare

Elevii cu deficiență intelectuală prezintă mai mulți factori de risc, care le pot compromite dezvoltarea școlară și socială în cadrul instituției de învățământ și pot genera eșecuri și frustrări. În plan personal, cu cât este mai accentuat deficitul, cu atât ritmul de învățare este mai lent și, în consecință, se dezvoltă mai puține abilități intelectuale și sociale, făcând învățarea mai dificilă. Acestuia i se poate asocia o întârziere în deprinderea limbajului verbal, a abilităților de bază și în maturizarea afectivă globală (Doré, Wagner și Brunet, 2003). Diferențele generate de aceste dificultăți se accentuează, pe măsură ce elevii cresc și ajung la un nivel școlar mai ridicat. Cunoscând acești factori de risc, este oare posibilă depășirea lor, „permițându-le copiilor și adolescentelor sau adolescenților să-și dezvolte talentele specifice și resursele personale, să devină persoane autonome și creatoare și să se pregătească

pentru rolul lor de cetăţeană sau cetăţean?" (Guvernul provinciei Québec, 2004, p. 14). Care sunt cheile rezilienţei şcolare în deficienţa intelectuală? O educaţie reuşită a elevilor cu deficienţă intelectuală necesită amenajarea mediului de învăţare, dezvoltarea unor practici educative care ţin cont de caracteristicile deficienţei intelectuale şi aplicarea unor programe care favorizează dezvoltarea socio-profesională, pentru a le permite accesul la o activitate sau la o ocupaţie valorizantă în comunitatea lor (Jourdan-Ionescu şi Julien-Gauthier, 2010a).

Prima etapă a rezilienţei şcolare este evaluarea elevului, iar rolul psihologului este de primă importanţă. Această etapă permite cunoaşterea capacităţilor şi limitelor elevului, pentru ca acesta să poată fi orientat spre o clasă în care să primească o educaţie adecvată. Evaluarea unui elev care prezintă o deficienţă intelectuală necesită, mai întâi, confirmarea diagnosticului de DI, ceea ce implică evaluarea atât a nivelului intelectual[1], cât şi a deficitelor comportamentului adaptativ[2]. Odată confirmat diagnosticul, trebuie verificat dacă există tulburări comorbide şi evaluate resursele şi potenţialul de învăţare ale copilului cu DI. Evaluarea psihologică necesită un timp pentru stabilirea unui contact pozitiv cu copilul şi pentru cunoaşterea intereselor sale, ca şi o anamneză detaliată a părinţilor, pentru a cunoaşte istoria dezvoltării copilului şi a explora resursele familiale. Rezultatele evaluării trebuie să se finalizeze cu recomandări concrete, bazate pe capacităţile copilului şi pe factorii de protecţie care urmează a fi construiţi.

O importantă *cheie de rezilienţă* este o pedagogie pentru crearea rezilienţei, pentru susţinerea învăţării noţiunilor. Învăţarea trebuie considerată deci un proces activ, creând situaţii de învăţare în care elevul să poată experimenta în plan personal, să încerce să dea răspunsuri şi să-şi orienteze propriul demers spre studierea conduitelor adecvate situaţiei (Lemay şi Prévost, 1996). Utilizarea unor consemne explicite pe parcursul introducerii unor noi noţiuni înseamnă modelarea informaţiilor noi, îndrumarea elevilor pe parcursul învăţării, conceperea unor ocazii de testare autonomă a noţiunii (aplicaţii ale noţiunii) şi orientarea achiziţiei de cunoştinţe, corijând erorile şi oferind feedback (Carter, Prater şi Taylor Dyches, 2009). Utilizând exemple concrete

---

[1] De obicei se foloseşte scala Wechsler adaptată vârstei, însă la fel de bine se pot folosi scala Stanford-Binet sau NEMI, care au drept avantaj continuumul, putând corespunde tuturor vârstelor şi tuturor nivelurilor de deficit.

[2] Instrumentele obişnuite pentru evaluarea comportamentelor adaptative sunt: *Vineland, Adaptive Behavior Assessment System* (*ABAS*, ediţia a II-a) şi *Échelle Québécoise de comportements adaptatifs* (*EQCA*).

ale noțiunii, se facilitează înțelegerea acesteia (Smith, Warren, Yoder și Feurer, 2004). Integrarea conceptului în activitățile cotidiene permite elevilor corelarea noilor cunoștințe cu noțiunile deja învățate, la care pot face referire. Utilizarea unor activități care facilitează consolidarea cunoștințelor, de exemplu împărțirea elevilor în perechi, cu rugămintea de a găsi exemple de aplicare a noțiunii de reciprocitate, le dă ocazia să o descopere ei înșiși. Utilizarea graficelor pentru ilustrarea noțiunii de *interior–exterior* sau a aceleia de *împreună–izolat* este o modalitate de a face apel la competențele lor vizuale. Utilizarea scenariilor sociale, în care elevilor li se cere să se pună în situația ilustrată de noțiune și să redea apoi ce au înțeles, este un exercițiu apreciat și care permite, de asemenea, consolidarea învățării noțiunilor.

Pentru a dezvolta memoria elevului cu DI, învățarea strategiilor mnezice permite amintirea informației date (Carter *et al.*, 2009). Proiectarea activităților din clasă trebuie să conțină recapitulări sistematice ale noțiunilor învățate și reamintiri pe tot parcursul zilei, în manieră cumulativă și variată. O altă *cheie de reziliență* o reprezintă utilizarea activităților școlare semnificative pentru copii (Smith *et al.*, 2004). Învățătorul îi poate învăța pe elevi cum să-și alcătuiască un program, de exemplu, achiziție care-i ajută să-și gestioneze orarul activităților și are efecte utile și funcționale asupra vieții lor (Lemay și Prévost, 1996). Aplicarea noțiunilor învățate prin intermediul experiențelor directe, cum ar fi asocierea vocabularului cu practicarea unui sport, este apreciată de elevi (Carter *et al.*, 2009).

Pentru a ajuta elevul să-și dezvolte atenția, învățătorul poate să insiste asupra punctelor importante, să le scoată în evidență utilizând caractere îngroșate, un ton al vocii mai ridicat și să le amintească frecvent, pe tot parcursul procesului de învățare (Smith *et al.*, 2004). Pentru a menține atenția, trebuie să se recurgă la opriri frecvente, în care elevii se vor mișca sau deplasa, vor răspunde la întrebări sau vor identifica ilustrații ale celor învățate. Utilizarea tehnologiilor de asistență la realizarea sarcinilor, mai ales a tehnologiilor vizuale, permite atragerea și menținerea atenției elevilor (Lancaster, Schumaker, Lancaster și Deshler, 2009). Amenajarea spațiului contribuie la menținerea atenției elevilor: plasarea băncilor în semicerc, în jurul învățătorului, limitează sursele de distragere și orientează atenția spre acesta. Instrucțiuni simple, date pe rând, utilizând un ton vioi al vocii și un ritm adaptat capacităților lor de decodare, sunt tot atâtea strategii care facilitează înțelegerea și contribuie la menținerea atenției elevilor. Aceștia pot fi ajutați să deprindă modalități simple de împiedicare a distragerii atenției (Smith *et al.*, 2004). În cele din urmă, este important să fie recunoscute eforturile

elevilor, să li se ofere întăriri pozitive atunci când se concentrează asupra sarcinii sau își finalizează lucrul și să se încurajeze conduitele care favorizează învățarea (Carter *et al.*, 2009).

Elevii cu DI întâmpină dificultăți în tratarea informației sociale. Lipsindu-le abilitățile de interacțiune adecvată cu cei de-o seamă cu ei, riscă să fie respinși și au tendința de a se izola. O *cheie de reziliență* o reprezintă susținerea din partea cadrelor didactice prin amenajarea unui mediu încurajator de învățare și prin transmiterea într-o manieră explicită a abilităților sociale care să-i ajute să cunoască și să înțeleagă frontierele sociale (Carter *et al.*, 2009).

O altă *cheie de reziliență* este folosirea umorului[1]. Chagnon și Jourdan-Ionescu (2010) subliniază consecințele unui program de intervenție bazat pe umor pentru adolescenții cu dizabilități. Cu o durată de zece ședințe a câte 90 de minute, acest program a fost elaborat pentru a verifica dacă folosirea umorului are un impact real asupra achiziției abilităților interpersonale precum comunicarea, rezolvarea de probleme și exprimarea adecvată a emoțiilor. Cei cinci tineri care au participat prezentau o deficiență intelectuală (două fete, trei băieți), aveau vârstele cuprinse între 14 și 19 ani și proveneau din medii socioeconomice eterogene. Patru dintre ei aveau un deficit ușor, iar unul un deficit mediu. Ei frecventau programul *Pregătire pentru viață* la aceeași școală secundară. Înainte și după finalizarea programului au fost realizate o evaluare cantitativă (*Questionnaire d'habiletés interpersonnelles*[2]) și una calitativă (date obținute din observarea înaintea programului și în timpul acestuia, grilă de lectură despre umor), datele provenind din mai multe surse (părinți, intervenienți, tinerii înșiși, cadru didactic, animatoare, observatoare). În plus, pe parcursul ședințelor a fost elaborat un instrument calitativ de observare (participare, atitudini, umor, interacțiuni, inițiative noi, comportamente deranjante etc.)

Pe lângă dezvoltarea abilităților interpersonale vizate (ameliorarea comunicării, a rezolvării de probleme, exprimarea adecvată a emoțiilor), participanții dau dovadă de o mai bună stimă de sine și de mai multă maturitate. În cele din urmă, rezultatele arată că anumiți tineri au căpătat:

- ușurință în perceperea umorului la ceilalți membri ai grupului;
- o mai bună capacitate de a face haz de sine;

---

[1] Folosirea umorului se poate aplica indiferent de vârstă. Fitzgerald și Craig-Unkefer (2008) prezintă exemple de activități pentru copiii de vârstă preșcolară, care permit învățarea unor teme diverse într-un climat foarte agreabil: relații sociale, abilități lingvistice, rezolvare de probleme etc.

[2] *Chestionar de abilități interpersonale.* (*N.t.*)

- capacitatea de a aprecia situațiile care stârnesc umor;
- o mai bună înțelegere a umorului;
- un umor mai adecvat;
- capacitatea de a-i încuraja pe ceilalți să recurgă la umor.

Umorul le-a permis tinerilor să se integreze mai ușor și să participe mai intens la activități, i-a ajutat să stabilească relații reciproce, a facilitat mult comunicarea și, în cele din urmă, a favorizat înțelegerea obiectivelor activităților focalizate pe abilitățile interpersonale.

Pentru familie — în special pentru fratrie — anumite *chei de reziliență* sunt esențiale în perioada școlară. De exemplu, faptul de a fi fratele sau sora unui copil cu DI antrenează anumite consecințe, care pot fi considerate negative: întrebări despre diferențe, culpabilitatea de a nu avea probleme, teama de a deveni diferit, gelozia stârnită de investiția părinților în copilul diferit (timp, energie, resurse materiale), jena de a fi fratele sau sora lui, atunci când se confruntă cu reacțiile de ostracizare ale celorlalți (mai ales în adolescență), dorința de a compensa pentru părinți prin rezultate excepționale, limitările fratelui sau ale surorii, o anumită parentificare și o povară care poate fi purtată până la sfârșitul vieții. Acestea variază, desigur, în funcție de DI și de tulburările asociate (Dyke, Mulroy și Leonard, 2009). Aflat printre cei care au studiat fratriile persoanelor diagnosticate cu DI, Van Ripper (2000) subliniază componentele modificabile, asociate stării de bine a membrilor fratriei: solicitările, resursele, rezolvarea de probleme și adaptarea. De exemplu, chiar dacă trebuințele copilului cu DI au copleșit familia, ea trebuie să răspundă și solicitărilor venite din partea celorlalți membri ai fratriei.

Dar a avea un frate sau o soră cu DI reprezintă și o ocazie de a cunoaște diferențele, de a învăța de mic toleranța, de a aprecia viața, de a avea bune relații frateme, de a deveni empatic și a dezvolta strategii pozitive de adaptare (Fahey, 2005) și, în cele din urmă, de a-și asuma responsabilități prin experiența precoce de persoană de ajutor. De altfel, nu rareori frații și surorile își aleg profesii care au legătură cu diferențele (Scelles, 1997).

Pentru a încuraja experiențele pozitive asociate faptului de a avea un frate sau o soră cu DI, pot fi implementate diverse *chei de reziliență*:

— *pentru copii*, este necesară o informare adecvată în privința DI, o reflectare la impactul diferenței asupra vieții familiale și asupra fraților și surorilor, o conștientizare a aspectelor pozitive și negative ale faptului de a avea un frate sau o soră cu DI și o viziune asupra viitorului. Aceasta

poate fi realizată prin intermediul unor cărți de calitate citite în familie și disponibile permanent[1], prin vizitarea site-urilor de informații[2] sau de discuții[3] și prin întâlnirea cu copii aflați în aceeași situație, în cadrul grupurilor de susținere sau taberelor școlare (vezi, de exemplu, Gascon, Pépin și Aubé, 2005; Scelles, Bouteyre, Dayan și Picon, 2007). Astfel, copilul își va putea diminua temerile, fiindu-i ușor să demistifice DI, va putea reacționa mai bine la situațiile problematice întâmpinate în relație cu fratele său ori cu sora sa (de exemplu, să poată răspunde la întrebările puse de ceilalți). Va putea găsi astfel un cadru în care să-și exprime sentimentele (culpabilitate, ambivalența normală față de fratele său ori sora sa, presiunea exigențelor prea mari pentru el etc.), favorizând, totodată, o bună legătură și permițându-i să-și asume responsabilitățile adaptate vârstei;

- *pentru părinți*, este necesar acompaniamentul, astfel încât să fie ajutați să mențină o viață de cuplu consacrând timp, totodată, fiecăruia dintre copii, să-și valorizeze și copiii fără dizabilități, la rândul lor speciali, să desfășoare cu ei activități extrașcolare, să implementeze și să conserve bune resurse familiale, pentru a răspunde tuturor solicitărilor (grație ajutorului dat de bunici, unchi și mătuși, de exemplu, grație recurgerii la servicii de ajutor etc.);
- *pentru intervenienți, cheile de reziliență* urmăresc focalizarea atenției și asupra celorlalți membri ai fratriei, sensibilizarea întregii familii față de riscurile asociate prezenței DI la un copil, astfel încât să se evite apariția problemelor. Intervenientul subliniază necesitatea ca părinții să desfășoare activități cu fiecare dintre copii, să recunoască reușitele școlare, să le valorizeze punctele forte, să-i înscrie la activități de petrecere a timpului liber, să fie atenți la riscul de parentificare etc.

---

[1] Printre cărțile de calitate pentru copii mici, menționăm Gervais, J. (1992), Marleau, B. (2009–2010), Noviant, E. (1982), Saint Mars, D. (1998).

[2] Iată câteva site-uri funcționale din data de 4 martie 2010: http://archives.handicap.gouv.fr/dossiers/handicaps/handicaps_defi3.htm, http://www.aqis-iqdi.qc.ca/, http://www.dicopsy.com/deficience-intellectuelle.htm, http://dcalin.fr/biblio/deficience.html, http://www.rfdi.org/, http://www.handipole.org/spip.php?article1045, http://www.ophq.gouv.qc.ca/index.htm, http://www.trisomie.qc.ca/Afficher.aspx?langue=fr.

[3] http://www.siblingsaustralia.org.au/.

Chei de reziliență pe parcursul tranziției către vârsta adultă

Trecerea de la o funcționare copil/elev la aceea de tânăr adult activ în comunitatea sa reprezintă o provocare pentru tânăr și familia sa. El trebuie să dobândească o identitate de adult adaptat, care să-i permită o participare socială și o viitoare implicare profesională adecvate vârstei și culturii sale. Dezvoltarea identitară necesită o distanțare a tânărului de celula familială, pentru a țese legături cu tinerii din generația sa. Legăturile interpersonale care se pot forma în contextul activităților de petrecere a timpului liber, dând vieții un sens, se realizează și la acest nivel pornind de la procesul de socializare. Aceste legături reprezintă o *cheie de reziliență* importantă a dezvoltării identitare. În plus, apartenența la un grup conferă un sentiment al valorii personale și contribuie la întărirea identității tânărului în calitate de persoană cu drepturi egale, care are interese diferite și liber alese (Haelewyck, Montreuil, Magerotte și Forges, 1994). Această modalitate de a proceda nu diferă prea mult de aceea general adoptată de adolescenți și de adulții tineri, care își consolidează identitatea sprijinindu-se pe grupul de prieteni (model valorizat cultural) în realizarea activităților de petrecere a timpului liber, care corespund intereselor lor și sunt adecvate culturii în care trăiesc (Jourdan-Ionescu și Julien-Gauthier, 2010b). În mai multe țări, tinerii pot avea acces la activități în grup, în cadrul serviciilor de acompaniament pentru petrecerea timpului liber (de exemplu, „Parrainage civique" în Québec, „SISAHM" în Belgia sau „People First" în Anglia).

Intrarea în viața adultă și cu precădere accesul la statutul de adult implică dezvoltarea responsabilității și, în consecință, a autonomiei necesare pentru exercitarea acestui nou rol. Autonomia este aptitudinea unei persoane de a funcționa și de a decide singură, fără a recurge la altcineva (Legendre, 2005). Pentru tânărul adult, dezvoltarea autonomiei este o *cheie de reziliență* importantă, care-i permite să facă alegeri în mai multe domenii ale vieții sale și să aibă un control mai mare asupra mediului său. Cu toate acestea, autonomia poate fi definită ca aptitudinea persoanei de a funcționa și a decide singură, sprijinindu-se, dacă este necesar, pe cei din jur. Pentru a o dezvolta, familia tânărului adult exercită un rol capital, fiind în același timp un dascăl, un model și „un sprijin" pentru învățarea activităților vieții cotidiene și exercitarea responsabilităților asociate condiției de adult. Anturajul și mai ales familia constituie o sursă de modele pentru învățarea modalităților de acțiune și conferă celor învățate o valoare de întărire, datorită legăturilor afective prin

care sunt uniți membrii acestora. Perreault (1997) subliniază importanța realizării de activități împreună cu persoanele fără dizabilități, având în vedere că persoanele care au o deficiență intelectuală învață prin imitare.

Pentru a susține reziliența tânărului adult și a facilita dezvoltarea autonomiei sale, psihologul poate oferi un ajutor psihologic și pragmatic persoanelor din anturaj. Ajutorul psihologic vizează acceptarea condiției de tânăr adult și încrederea în posibilitățile sale de dezvoltare și de învățare, așa cum s-a specificat mai devreme. Pentru părinți, conștientizarea propriei îmbătrâniri și neliniștile relative la îngrijirea și supravegherea pe care le necesită tânărul adult generează emoții puternice, care trebuie abordate. La nivel cotidian, realizarea rutinelor și întreaga complexitate a sarcinilor domestice pot părea puțin accesibile sau dificil de realizat pentru părinții unor tineri adulți (Rocque, Langevin, Drouin și Faille, 1999). Psihologul îi poate orienta atunci spre o învățare iterativă, luând în considerare caracteristicile asociate stării tânărului adult. Învățarea poate avea drept obiectiv reducerea ajutorului necesar acordat persoanei pentru efectuarea unei activități domestice sau deprinderea progresivă a diferitelor etape ale realizării sale. Învățarea trebuie să fie contextuală, pentru a ține cont de dificultățile de transfer și de generalizare prezente la persoanele care au o deficiență intelectuală. Învățarea trebuie să vizeze sarcinile cele mai frecvente și să comporte activități repetitive de practică autonomă, pentru a consolida abilitățile dobândite. În anumite situații, realizarea rutinelor cotidiene poate fi facilitată cu ajutorul tehnologiilor care oferă un sprijin constant în efectuarea rutinelor (de exemplu, asistență pentru pregătirea meselor sau pentru realizarea sarcinilor menajere complexe; Lussier-Desrochers, Lachapelle, Pigot și Beauchet, 2007).

Intrarea în viața adultă este eșalonată pe parcursul mai multor ani și comportă mize importante, care gravitează în jurul participării tânărului la viața comunității sale, prin exercitarea unor noi roluri sociale: rezident într-un cartier, muncitor într-o întreprindere, voluntar într-o organizație comunitară etc. Totuși, învățarea rolurilor sociale, cu precădere a abilităților sociale și relaționale necesare pentru a căpăta sau a menține un loc de muncă, reprezintă o provocare considerabilă pentru tinerii cu deficiență intelectuală (Bouchard și Dumont, 1996). În mediul școlar, adolescenții și tinerii adulți efectuează stagii de formare profesională în magazine sau întreprinderi din regiunea lor, sub supervizarea unor cadre didactice. Realizarea stagiilor în diferite domenii, ținând cont de interesele exprimate de tineri, permite verificarea performanțelor acestora în exercitarea activității dorite, ca și a aptitudinilor pentru

efectuarea sarcinilor alocate (Coutu, Savoie şi Gravel, 2006). Tinerii au ocazia atât de a-şi dezvolta abilităţile interpersonale, cât şi de a dobândi maturitatea socială necesară pentru a obţine şi a-şi menţine locul de muncă. Gascon (1998) a arătat că abilităţile interpersonale, adesea deficitare la persoanele care prezintă o deficienţă intelectuală, reprezintă o dificultate suplimentară în cazul integrării lor în muncă. Aceste abilităţi au fost, de altfel, identificate de Carrier şi Fortin (1991) drept unul dintre principalii factori de eşec în viaţa profesională a persoanelor cu DI.

Pe parcursul tranziţiei către viaţa adultă, dezvoltarea reţelei de susţinere socială a tânărului îi permite să se bazeze pe relaţii capabile să-i ofere diferite forme de ajutor pentru a face faţă momentelor dificile ale vieţii (Jourdan-Ionescu şi Julien-Gauthier, 2004). Reţeaua socială este un element important, cel mai important al integrării lor sociale (Newton, Horder, Ard, LeBaron şi Sappington, 1994). Transformarea reţelei tânărului adult, odată cu părăsirea sistemului şcolar, necesită o susţinere suplimentară pentru contracararea riscurilor de izolare socială (Berger, 2003; Vendittoli şi Gamache, 1997). Participarea tinerilor cu o deficienţă intelectuală la un program de mentorat condus de tineri de aceeaşi vârstă evidenţiază creşterea reţelei lor sociale (Jourdan-Ionescu, Julien-Gauthier, Chagnon şi Huard, 2005) şi permite îmbunătăţirea calităţii interacţiunilor lor sociale şi dezvoltarea unor legături sociale de durată (Hughes *et al.*, 1999). Părinţilor, prezenţa unor persoane-resurse le permite să se simtă sprijiniţi în educaţia copilului lor şi să profite de momente de răgaz pentru realizarea activităţilor sociale. Aceasta ar echivala cu o uşurare a senzaţiei de povară parentală în zorii vieţii adulte a copilului lor. Într-adevăr, participarea copilului lor la un program de mentorat implică o creştere a reţelei de susţinere socială a părinţilor, cu precădere a susţinerii extrafamiliale, putând fi interpretată drept o mai bună integrare a familiei în mediul său.

Pentru tânărul adult având o deficienţă intelectuală, participarea la activităţi de integrare socială împreună cu un mentor — tânăr de aceeaşi vârstă, care-şi asumă rolul de tutore de reziliență — îi oferă posibilitatea de a dispune de un model de identificare, care-i transmite valorile tinerilor din generaţia sa. Pe lângă această posibilitate de a internaliza un model de integrare adecvat, găsim, în Intervenţia Diadică pentru Integrare Socială (IDIS, de exemplu, Jourdan-Ionescu, 2001; Jourdan-Ionescu şi Julien-Gauthier, 2004), câteva alte *chei de reziliență*: o intervenţie realizată în mediul natural, construirea intervenţiei împreună cu tânărul, părinţii săi şi membrii comunităţii, formarea şi supervizarea mentorilor. Tinerii cu DI care au avut şansa să participe la acest tip de intervenţie au putut dezvolta factori de protecţie (creşterea stimei de

sine, ameliorarea abilităţilor sociale şi de rezolvare de probleme). În cele din urmă, atitudinile membrilor comunităţii sunt „contaminate" prin frecventarea directă sau indirectă a unui tânăr cu DI şi permit ameliorarea atitudinilor faţă de el (Ionescu, 1987).

De asemenea, să nu uităm factorii de protecţie împotriva dependenţelor, care pot reprezenta *chei de rezilienţă* de implementat pentru orice persoană cu DI. Dacă impactul alcoolismului şi al toxicomaniei în rândul populaţiei generale este amplu recunoscut şi studiat, cercetările care studiază dependenţele persoanelor cu deficienţă intelectuală sunt foarte limitate. Aşa cum este subliniat de Cocco şi Harper (2002), integrarea şcolară reprezintă pentru adolescenţii cu DI atât o provocare de a experimenta consumul de substanţe legale şi ilegale, cât şi un acces mai facil la acestea (existând o prevalenţă de peste 50% la adolescenţii fără dizabilităţi). În plus, dezinstituţionalizarea şi integrarea socială generează, la rândul lor, situaţii de risc, prin creşterea autonomiei şi reducerea supervizării (Christian şi Poling, 1997; Degenhardt, 2000). O lectură a publicaţiilor disponibile care tratează tema dependenţelor la persoanele cu DI, efectuată în lumina noţiunilor de factori de risc şi de protecţie consideraţi într-un context ecosistemic (Bronfenbrenner, 1989), arată că, pe lângă factorii de risc individuali (temperament, lipsa abilităţilor cognitive şi sociale, autoreglarea deficitară a comportamentelor, dificultăţi emoţionale, frustrare în faţa limitărilor, influenţabilitate etc.) există anumiţi factori de risc familiali (consumul excesiv la petreceri, model parental bazat pe o istorie familială de dependenţă, istoric de criminalitate în familie, practici educative deficitare, nedetectarea unei probleme legate de consumul de substanţe, slabă comunicare între membrii familiei, conflicte, dificultăţi de acceptare a deficienţei) (Bellows, 1996) şi de mediu (cartier defavorizat sau cu o criminalitate ridicată, susţinere socială deficitară, afilierea la grupuri deviante care adoptă comportamente antisociale precum toxicomania pentru a avea prieteni, băutul la volan, relaţii sexuale neprotejate, stigmatizare socială, dezinstituţionalizare, integrare socială slabă sau integrare socială urbană). Mult mai rare sunt lucrările care evocă prezenţa unor factori de protecţie la persoanele cu DI. Lawrenson, Lindsay şi Walker (1996) au propus doi factori de protecţie: neîncurajarea autonomiei financiare a persoanelor cu DI şi nici a posibilităţilor de consum. Această propunere ar echivala cu a le impune păstrarea statutului de copil lipsit de autonomie! Din contră, Slayter (2007) vorbeşte de „demnitatea riscului" şi, pentru a gestiona riscul, sugerează realizarea unei prevenţii a toxicomaniei în cazul persoanelor cu DI. Totuşi este clar — chiar dacă este dificil de intervenit în cazul unei persoane cu DI

care are probleme legate de consum[1] (Clarke și Wilson, 1999) — că pot fi realizate intervenții în sprijinul rezilienței acestor persoane în fața situațiilor de dependență. Factorii de protecție care trebuie favorizați sunt următorii:

- la nivel individual — abilitățile de viață zilnică, abilitățile de adaptare/rezolvare de probleme/gestionare constructivă a emoțiilor/luare de decizii, exerciții pentru crearea deprinderilor de a iniția bune relații familiale și sociale, abilități de comunicare, umor (a râde de sine, a refuza cu umor), stimă de sine pozitivă/sentimentul valorii personale/imagine de sine realistă, *empowerment*, cunoașterea și înțelegerea propriilor dificultăți/deficiențe, cunoașterea unor tehnici de relaxare[2], cunoștințe despre abuzul de substanțe și consecințele sale, educație pentru sănătate și educație sexuală, activitate fizică regulată, abilități profesionale și ajutor pentru integrarea în muncă, o bună gestionare a stresului;
- la nivel familial — gestionarea relațiilor familiale, susținere acordată familiei (de exemplu, serviciu de ajutor);
- la nivelul mediului — nivel ridicat de susținere (în afara celui familial) cu intervenienți formați, relații amicale diverse, mediu de viață pozitiv și conținător, sprijin profesional specializat (abordare psihoterapeutică, de exemplu).

Altă *cheie de reziliență* cu precădere utilă la vârsta adultă este pregătirea și susținerea persoanelor în fața doliului — mai ales când e vorba de decesul unui membru al familiei, ce poate fi dificil dacă nu este bine înțeles, putând fi trăit ca un abandon. În orice caz, este important să se furnizeze informația de bază și să i se permită persoanei cu DI să înțeleagă în plan cognitiv și afectiv ce s-a întâmplat. Când cineva este mort, trebuie explicat, înseamnă că acea persoană nu mai poate nici să audă, nici să vorbească, nici să vadă, nici să simtă durere, nici să atingă etc. De asemenea, este necesar să se explice ritualurile privitoare la moarte (veghe, incinerare/înmormântare, vizite la cimitir etc.) (Summers și Witts, 2003) și să se permită participarea acompaniată la acestea.

---

[1] Consecințele ingestiei de alcool asupra persoanelor cu DI sunt mai grave decât în cazul persoanelor fără DI.

[2] Dintr-o perspectivă cognitiv-comportamentală, Didden, Embregts, van der Toorn și Laarhoven (2009) recomandă ca exercițiile de relaționare să fie asociate cu atenția acordată distorsiunilor cognitive.

Chei de reziliență pentru persoana vârstnică

Ca și în cazul populației generale, persoanele vârstnice cu DI sunt din ce în ce mai numeroase (McCausland *et al.*, 2010). Creșterea numărului lor este asociată, de asemenea, cu progresele medicale și cu ameliorarea condițiilor lor de viață. Pentru a pregăti persoanele cu DI și anturajul lor să accepte schimbările ce urmează, este necesar să fie furnizate informații despre îmbătrânire, despre pierderi în plan fizic, dar și social. Se evidențiază astfel necesitatea de a fi pregătiți mai mulți intervenienți, în scopul asigurării unui volum mai mare de servicii de calitate. O formare specifică pentru îngrijirile paliative și demența care se poate asocia sfârșitului vieții se dovedește a fi o *cheie de reziliență* pentru persoanele vârstnice cu DI și pentru echipele de intervenție (Fahey-McCarthy, McCarron, Connaire și McCallion, 2009). Henderson, Acquilano, Meccarello, Davidson, Robinson și Janicki (2009) amintesc, de asemenea, importanța menținerii sănătății fizice a celor mai în vârstă.

Dacă persoanelor vârstnice cu DI li se asigură bune condiții de viață (un cămin stabil, o prezență afectuoasă, lipsă de griji pentru nevoile de bază și modalități interesante de petrecere a timpului liber), este posibil să se observe că sunt fericite. Într-un studiu calitativ întreprins în Australia de Dew, Llewellyn și Gorman (2006), femeile cu DI (13 femei cu vârsta cuprinsă între 55 și 82 de ani) au fost întrebate cum percep viața pe măsură ce îmbătrânesc. Au ieșit la suprafață cinci teme: sunt exact ceea ce sunt; apreciez susținerea familiei și a prietenilor mei; fac parte din comunitate; mă simt sănătoasă; am suficienți bani pentru a cumpăra ceea ce-mi trebuie. Aceste femei în vârstă au relații apropiate și o viață reușită, chiar dacă au întâmpinat adversități legate de circumstanțele vieții și de dizabilitatea lor. Ele au dovedit capacități de acceptare și de adaptare la schimbare, capacități de dobândire a abilităților și privesc spre viitor. Optimismul, integrarea lor și importanța rețelelor pe care le-au construit și menținut le-au permis să-și îmbunătățească stima de sine, să aibă experiențe pozitive școlare și profesionale și să dobândească, prin intermediul experiențelor reușite, un sentiment al propriei valori.

Concluzie

Chiar dacă intervenția de reziliență asistată în DI trebuie să se bazeze pe particularitățile persoanei, pe etiologie și pe gradul DI, ea trebuie să vizeze în

principal mediul său familial[1] şi social. Într-adevăr, *cheile de rezilienţă* ţin de persoană, dar mai ales de contextele de viaţă, ca şi de interacţiunile între persoane. Principala *cheie de rezilienţă* pentru persoana cu DI, indiferent de vârsta sa, este deci comunicarea. Ameliorarea capacităţilor de comunicare ale persoanei şi stimularea şi ascultarea venite din partea mediului (membri ai familiei, intervenienţi, membri ai comunităţii) favorizează participarea socială.

Să ne amintim că reziliența asistată în domeniul DI urmăreşte implementarea unei intervenţii care să permită dezvoltarea factorilor de protecţie care pot fi modificaţi. Factorii de protecţie ai persoanei, ai mediului familial şi ai mediului înconjurător, asupra cărora trebuie acţionat pentru a înclina balanţa dinamică înspre rezilienţă, sunt prezentaţi în figura 2. Se observă că nu mai este vorba de o intervenţie specializată, ci de *chei de rezilienţă* „ca pentru toată lumea", ca pentru orice persoană care are ceva de învăţat, de lucrat cu sine sau care este în dezechilibru sau diferită, necesitând astfel adaptări implicând toate ariile vieţii sale. De exemplu, a avea un animal reprezintă un excelent instrument de intervenţie terapeutică (când pisica toarce, se diminuează anxietatea; câinele stimulează plimbările; indiferent de ce animal are grijă o persoană, i se dezvoltă capacităţile de a-şi asuma responsabilităţi).

Printre *cheile de rezilienţă* pentru persoanele cu DI, este importantă recrutarea, formarea şi supervizarea intervenienţilor clinicieni, dar şi a voluntarilor interesaţi să favorizeze implementarea factorilor de protecţie. Într-adevăr, voluntarii pot reprezenta tutori de rezilienţă şi agenţi mediatori în stare să schimbe atitudinile societăţii.

Aşa cum se poate constata, cheile de rezilienţă asistată trebuie să se adreseze tuturor persoanelor implicate, iar aceasta pe tot parcursul vieţii persoanei cu DI. Una dintre cheile esenţiale de rezilienţă este pregătirea etapelor următoare. Când copilul va trece de la grădiniţă la şcoală, este important ca această mare trecere (conform expresiei Biankăi Zazzo) să fie planificată şi pregătită. La fel, trebuie pregătite trecerea de la şcoala primară la cea secundară sau trecerea de la şcoala secundară la serviciu şi de la viaţa împreună cu părinţii la autonomia rezidenţială şi, în cele din urmă, pensionarea. Această pregătire „ciclu de viaţă" este garanţia faptului că diferitele praguri pe care le are de trecut persoana cu DI vor fi traversate cu bine, precum şi a unei adaptări reuşite la noile roluri.

---

[1] Oferta de informaţii şi posibilitatea intervenţiei online îmbogăţesc paleta variantelor actuale oferite părinţilor (Gascon, 2010).

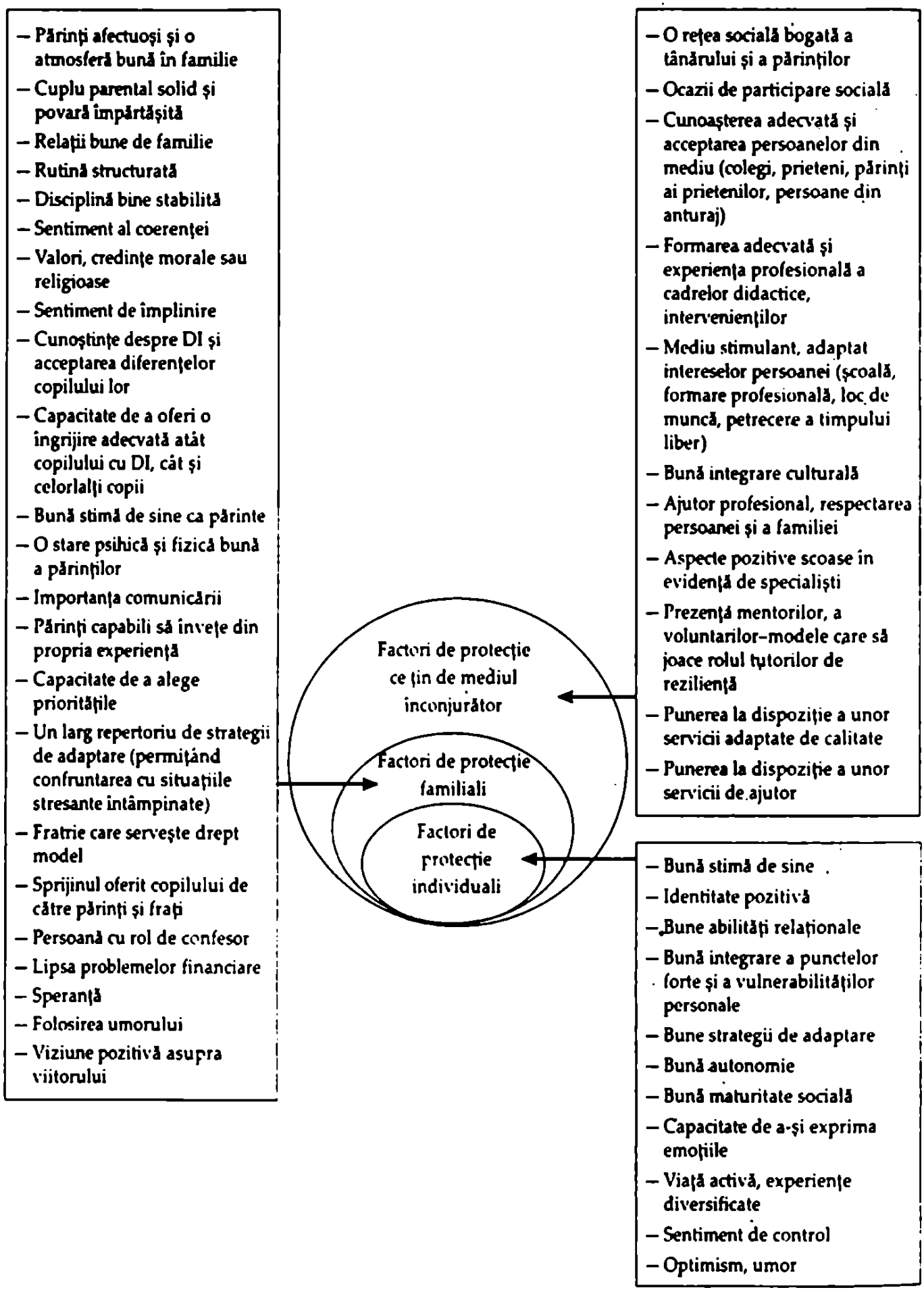

– Părinți afectuoși și o atmosferă bună în familie
– Cuplu parental solid și povară împărtășită
– Relații bune de familie
– Rutină structurată
– Disciplină bine stabilită
– Sentiment al coerenței
– Valori, credințe morale sau religioase
– Sentiment de împlinire
– Cunoștințe despre DI și acceptarea diferențelor copilului lor
– Capacitate de a oferi o îngrijire adecvată atât copilului cu DI, cât și celorlalți copii
– Bună stimă de sine ca părinte
– O stare psihică și fizică bună a părinților
– Importanța comunicării
– Părinți capabili să învețe din propria experiență
– Capacitate de a alege prioritățile
– Un larg repertoriu de strategii de adaptare (permițând confruntarea cu situațiile stresante întâmpinate)
– Fratrie care servește drept model
– Sprijinul oferit copilului de către părinți și frați
– Persoană cu rol de confesor
– Lipsa problemelor financiare
– Speranță
– Folosirea umorului
– Viziune pozitivă asupra viitorului
Factori de protecție ce țin de mediul înconjurător
Factori de protecție familiali
Factori de protecție individuali
– O rețea socială bogată a tânărului și a părinților
– Ocazii de participare socială
– Cunoașterea adecvată și acceptarea persoanelor din mediu (colegi, prieteni, părinți ai prietenilor, persoane din anturaj)
– Formarea adecvată și experiența profesională a cadrelor didactice, intervenienților
– Mediu stimulant, adaptat intereselor persoanei (școală, formare profesională, loc de muncă, petrecere a timpului liber)
– Bună integrare culturală
– Ajutor profesional, respectarea persoanei și a familiei
– Aspecte pozitive scoase în evidență de specialiști
– Prezență mentorilor, a voluntarilor-modele care să joace rolul tutorilor de reziliență
– Punerea la dispoziție a unor servicii adaptate de calitate
– Punerea la dispoziție a unor servicii de ajutor
– Bună stimă de sine
– Identitate pozitivă
– Bune abilități relaționale
– Bună integrare a punctelor forte și a vulnerabilităților personale
– Bune strategii de adaptare
– Bună autonomie
– Bună maturitate socială
– Capacitate de a-și exprima emoțiile
– Viață activă, experiențe diversificate
– Sentiment de control
– Optimism, umor

Figura 2. Factori de protecție ai persoanelor care prezintă o deficiență intelectuală

Asociația Psihiatrilor Liberi din România (2003), DSM IV-TR. *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale*, București.

Anaut M. (2006), L'école peut-elle être facteur de résilience?, *Empan*, vol. 3, nr. 63, p. 30–39.

Arthur M. (2006), The emotional lives of people with learning disability, *British Journal of Learning Disabilities*, vol. 31, p. 25–30.

Baruth K.E. și Carroll J.J. (2002), A formal assessment of resilience: The Baruth protective factors inventory, *The Journal of Individual Psychology*, vol. 58, nr. 3, p. 235–244.

Bellows J.T. (1996), Recovery house: Residential facility for persons with mild mental retardation and substance dependence, *The Union Institute. Dissertation Abstracts International*, vol. 56, 11–A.

Bellugi U. și St. George M. (coord.), (2000), Linking cognitive neuroscience and molecular genetics: New perspectives from Williams Syndrome, *Special Issu: Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 12, nr. 1, p. 1–107.

Berger P. (2003), *La transition de l'école à la vie active. Rapport du comité de travail sur l'implantation d'une pratique de la planification et de la transition au Québec*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec.

Bouchard C. și Dumont M. (1996), *Où est Phil, comment se porte-t-il et pourquoi? Une étude sur l'intégration sociale et sur le bien-être des personnes présentant une déficience intellectuelle*, Québec, Gouvernement du Québec, MSSS.

Brady N.C., Bredin-Oja S.L. și Warren S.F. (2008), Communication and Language Development in Infants and Toddlers with Down Syndrom or Fragile X Syndrome, în J.E: Roberts, R.S. Chapman și S.F. Waren (coord.), *Speech and Language Development and Intervention in Down Syndrom and X Fragile Syndrome*, Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co, p. 53–76.

Bronfenbrenner U. (1989), Ecological systems theory, *Annals of child development*, vol. 6, p. 187–249.

Bronfenbrenner U. (1996), Le modèle „Processus-Personne-Contexte-Temps" dans la recherche en psychologie du développement: principes, applications et implications, în R. Tessier și G. Tarabulsy (coord.), *Le Modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 9–59.

Brown W.H. și Conroy M.A., 2002; Promoting Peer-Related Social-Communicative Competence in Preschool Children, în H. Goldstein, L.A. Kaczmarek și K.M. English (coord.), *Promoting Social Communication. Children with Developmental Disabilities from Birth to Adolescence*, Baltimore, Paul H. Brooks Publishing Co., 173–210.

Carr J. (1995), *Down's Syndrome: Children growing up*, Cambridge, Cambridge University Press.

Carrier S. și Fortin D. (1991), Étude des facteurs de réussite et d'échec dans l'intégration socioprofessionnelle, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 1, nr. 2, p. 105–118.

Carter N., Prater M.A. şi Taylor Dyches T. (2009), *Making accommodations and adaptations for students with mild to moderate disabilities*, Upper Saddle River, N.J., Pearson.

Chagnon M.-L. şi Jourdan-Ionescu C. (2010), *Favoriser l'acquisition d'habilités sociales grâce à l'humour*, Comunicare prezentată la al XI-lea Congres al AIRHM, Mons (Belgia).

Christian L. şi Poling A. (1997), Drug abuse in persons with mental retardation: A review, *American Journal of Mental Retardation*, vol. 102, nr. 2, p. 126–136.

Clarke J.J.şi Wilson D.N., (1999), Alcohol problems and intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 43, nr. 2, p. 135–139.

Clegg J.A., Standen P. şi Cromby J. (1991), The analysis of talk sessions between staff and adults with profound intellectual disability, *Australian and New Zeeland Journal of Developmental Disabilities*, vol. 17, p. 391–400.

Cocco K.M. şi Harper D.C. (2002), Substance use in people with mental retardation: Assesing potential problems areas, *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, vol. 5, nr. 4, p. 101–108.

Conroy M.A. şi Brown W.H. (1997), Promoting language for children with developmental delays in Inclusive settings: Effective strategies for early childhood educators, în W.H. Brown şi M.A. Conroy (coord.), *Including and Supporting Preschool Children with Developmental Delays in Early Childhood Programs*, Little Rock, Southern Early Childhood Association, p. 65–78.

Costigan C.L., Floyol F.J., Harter K.S.M. şi McClintock J.C. (1997), Family process and adaptation to children with mental retardation: Disruption and resilience in family problem-solving interactions, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 11, nr. 4, p. 515–529.

Coutu M.-A., Savoie J. şi Gravel C., (2006), La pratique de la transition de l'école à la vie active, în Colloque sur l'adaptation scolaire (coord.), Québec, Fédération des commissions scolaires du Québec.

Degenhardt L. (2000), Interventions for people with alcohol usent disorders and an intellectual disability: A review of the literature, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, vol. 25, nr. 2, p. 135–146.

Dew A., Llewellyn G. şi Gorman J. (2006), Having the time of my life: an exploratory study of women with intellectual disability growing older, *Healthy Care for Women International*, vol. 27, nr. 10, p. 908–929.

Didden R., Embregts P., Van der Toorn M. şi Laarhoven N. (2009), Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study, *Research in Developmental Disabilities*, vol. 30, p. 927–932.

Doré R., Wagner S. şi Brunet J.-P. (2003), L'intégration scolaire des élèves présentant une déficience intellectuelle: une réalité systémique, în J.M. Tassé şi D. Morin (coord.), *La déficience intellectuelle*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 91–106.

Dumas J. (2009), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck Université.

Dunst C.J., Trivette C.M., Raab M. şi Masiello T.L. (2008), Early Child Contingency Learning and Detection: Research Evidence and Implications for Practice, *Exceptionality*, vol. 16, p. 4–17.

Dunst C.J., Bruder M.B., Trivette C.M. şi Hamby D.W. (2006), Everyday Activity Settings, Natural Learning Environments and Early Intervention Practices, *Journal of Policy and Practices in Intellectual Disabilities*, vol. 3, nr. 1, p. 3–10.

Dyke P., Mulroy S. şi Leonard H. (2009), Siblings of children with disabilities: challenges and opportunities, *Acta Pædiatrica/ Acta Pædiatrica*, vol. 98, p. 23–24.

Fahey-McCarthy E., McCarron M., Connaire K. şi McCallion P. (2009), Developing an education intervention for staff supporting persons with an intellectual disability and advanced dementia, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, vol. 6, nr. 4, p. 267–275.

Fitzgerald K.L. şi Craig-Unkefer L. (2008), Promoting humor with prekindergarten children with and without language impairments in classroom settings, *Young Exceptional Children*, vol. 11, p. 13–25.

Frison S.L., Wallander J.L. şi Browne D. (1998), Cultural factors enhancing resilience and protecting against maladjustment in African American adolescents with mild mental retardation, *American Journal of Mental Retardation*, vol. 102, nr. 6, p. 613–626.

Gascon H. (1998), Estime de soi, sentiment de solitude et satisfaction au travail chez la personne ayant une déficience intellectuelle légère qui travaille en atelier protégé et chez celle qui travaille en milieu régulier, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 9 (special), p. 74–80.

Gascon H. (2010), *La téléréadaptation en intervention précoce: expérimentation et perspectives*, Comunicare prezentată la al XIII-lea Congres al AIFREF, Florenţa (Italia), 17–19 noiembrie.

Gascon H., Pépin G. şi Aubé J. (2005), Évaluation du programme „Entraide phratrie", offert dans un contexte de camps de vacances estival, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, număr special (mai), p. 40–45.

Gerstein E.D., Crnic K.A., Blacher J. şi Baker B.L. (2009), Resilience and the course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities, *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 53, nr. 12, p. 981–997.

Gervais J. (1992), *Le nouveau de la classe*, Montréal, Boréal.

Girolametto L., Weitzman E. şi Greenberg J. (2003), Training day care staff to facilitate children's language, *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 12, p. 299–311.

Girolametto L., Weitzman E. şi Greenberg J. (2006), Facilitating language skills. Inservice education for early childhood educators and preschool teachers, *Infants and Young Children*, vol. 19, nr. 1, p. 36–49.

Goldstein H., Kaczmarek L.A. şi Hepting N.H. (1996), Indicators of Quality in Communication Intervention, în S.L. Odom şi M.E. McClean (coord.), *Early Intervention/Early Childhod Special Education. Recommended Practices*, Texas, Pro-Ed, p. 197–219.

Gouvernement du Québec. (2004), *Programme éducatif adapté aux élèves handicapés par une déficience intellectuelle profonde*, Québec , Ministère de l'éducation.

Grant G., Ramcharan P. şi Flynn M. (2007), Resilience in families with children and adult members with intellectual disabilities: Tracing elements of a psychosocial model, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 20, nr. 6, p. 563–575.

Guralnick M.J., Neville B., Hammond M.A. şi Connor R.T. (2008), Mother's social communicative adjustments to young children with mild developmental delays, *American Journal of Mental Retardation*, vol. 113, nr. 1, p. 1–18.

Haelewyck M.-C., Montreuil N., Magerotte G. şi Forges M., (1994), Loisir intégré d'une adolescente présentant une déficience intellectuelle modérée, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 5, nr. 1, p. 67–79.

Henderson C.M., Acquilano J.P., Meccarello J.C., Davidson P.W., Robinson L.M. şi Janicki M.P. (2009), Health status and activities of daily living and walking in older people with intellectual disabilities, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, vol. 6, nr. 4, p. 282–286.

Hill R. (1949), *Families under stress*, New York, Harper and Brothers.

Hodapp R.M. şi Dykens E.M. (2003), Mental retardation (intellectual disabilities), în E.J. Mash şi R.A. Barkley (coord.), *Child psychopathology*, ediţia a II-a, p. 486–519, New York, Guilford Press.

Hodapp R.M., Ly T.M., Fidler D.J. şi Ricci L.A. (2001), Less stress, more rewarding: Parenting children with Down syndrome, *Parenting: Science and Practice*, vol. 1, p. 317–337.

Hornby G. (1996), A review of fathers' accounts of their experiences of parenting children with disabilities, *Disability Handicap and Society*, vol. 7, nr. 4, p. 363–374.

Hughes C., Rodi M.S., Lorden S.W., Pitkin S.E., Derer K.R. şi Hwang B. (1999), Social interactions of high-school students with mental retardation and their general education peers, *American Journal of Mental Retardation*, vol. 104, nr. 6, p. 533–544.

Ionescu S. (coord.) (1987), *L'intervention en déficience mentale. Manuel de méthodes et de techniques. Volume 1. Problèmes généraux. Méthodes médicales et psychologiques*, Bruxelles, Mardaga.

Ionescu S. (2003), La psychopathologie, în M.J. Tassé şi D. Morin (coord.), *La déficience intellectuelle*, Boucherville, Editura Gaëtan Morin, p. 281–302.

Ionescu S. şi Jourdan-Ionescu C. (1987), Psychothérapies, în S. Ionescu (coord.), *L'intervention en déficience mentale. Volume 1. Problèmes généraux. Méthodes médicales et psychologiques* (p. 355–423), Bruxelles, Mardaga.

Jacobson J. (1982), Problem behaviour and psychiatric impairment within a developmentally delayed population: I. Behavior frequency, *Applied Research în Mental Retardation*, vol. 3, p. 121–139.

Joosa E. şi Berthelsen D. (2006), Parenting a child with Down syndrome: A phenomenographic study, *Journal of Developmental Disabilities*, vol. 12, nr. 1, suppl. 2, p. 45–58.

Jourdan-Ionescu C. (1987), Applications de la théorie piagétienne, în S. Ionescu (coord.), *L'intervention en déficience mentale. Volume 1. Problèmes généraux. Méthodes médicales et psychologiques*, Bruxelles, Mardaga, p. 319–354.

Jourdan-Ionescu C. (2001), Intrrvention écosystémique individualisée axée sur la résilience, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, nr. 1, p. 163–186.

Jourdan-Ionescu C. (2003), L'intervention précoce et les programmes de prévention, în M.J. Tassé şi D. Morin (coord.), *La déficience intellectuelle*, Boucherville, Editura Gaëtan Morin, p. 159–181.

Jourdan-Ionescu C. şi Ionescu S. (2006), Les troubles du développement de l'enfant. În M. Montreuil şi J. Doron (coord.), *Psychologie clinique et psychopathologie. Nouveau cours de psychologie*, Paris, PUF, p. 57–89.

Jourdan-Ionescu C. şi Julien-Gauthier F. (2004), Développement du réseau de soutien social pour faciliter la participation sociale de jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle, în E. Palacio-Quintin, J. M. Bouchard şi B. Terrisse (coord.), *Questions d'éducation familiale*, Montréal, Les Éditions Logiques, p. 501–528.

Jourdan-Ionescu C. şi Julien-Gauthier F. (2010a), *Améliorer les habiletés de communication pour faciliter la résilience lors de l'entrée dans la vie adulte*, Comunicare prezentată la al XI-lea Congres al Asociaţiei Internaţionale de Cercetare Ştiinţifică în Sprijinul Persoanelor cu Handicap Mental (AIRHM), Mons, Belgia.

Jourdan-Ionescu C. şi Julien-Gauthier F. (2010b), Les loisirs comme tremplin vers la vie adulte, în M.-C. Haelewyck şi H. Gascon (coord.), *Adolescence et retard mental*, Bruxelles: De Bœck, p. 135–148.

Jourdan-Ionescu C., Julien-Gauthier F., Chagnon M.-L. şi Huard M. (2005), Les pairs mentors, tuteurs de résilience pour jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 16, p. 14–17.

Julien-Gauthier F. (2008), Étude des pratiques éducatives en milieu de garde pour développer la communication et les habiletés sociales des enfants (3–5 ans), qui présentent un retard global et significatif de développement, Teză de doctorat nepublicată: Université du Québec à Trois-Rivières şi Université du Québec à Montréal.

Kashinath S., Woods J. şi Goldstein H. (2006), Enhancing Generalized Teaching Strategy use in daily routines by parents of children with autism, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, vol. 49, nr. 3, p. 466–485.

King G.A., Zwaigenbaum L., King S., Baxter D., Rosenbaum P. şi Bates A. (2006), A qualitative investigation of changes in the belief systems of families of children with autism or Down syndrome, *Child: Care, Health and Development*, vol. 32, nr. 3, p. 353–369.

Lancaster P.E., Schumaker J.B., Lancaster S. şi Deshler D.D. (2009), Effects of a computerized on use of the test-taking strategy by secondary students with disabilities, *Learning Disability Quarterly*, vol. 32, nr. 3, p. 165–179.

Lawrenson H., Lindsay W.R. şi Walker P. (1996), The pattern of alcohol consumption within a sample of mentally handicapped people in Tayside, *Mental Handicap Research*, vol. 8, nr. 1, p. 54–59.

Legendre R. (2005), *Dictionnaire actuel de l'éducation*, Montréal, Guérin.

Lemay J. şi Prévost L. (1996), *Démarche éducative favorisant l'intégration sociale (DÉFIS)*, Québec, Ministère de l'Éducation du Québec.

Lev-Wiesel R. şi Zeevi N. (2007), The relationship between mothers and children with Down syndrome as reflected in drawings, *Art Therapy: Journal of American Art Therapy Association*, vol. 24, nr. 3, p. 134–137.

Lussier-Desrochers D., Lachapelle Y., Pigot H. şi Beauchet J. (2007), Des habitats intelligents pour promouvoir l'autodétermination et l'inclusion sociale, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 18, p. 53–64.

Lustig D.C. (1997), Families with an adult with mental retardation: Empirical family typologies, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, vol. 41, nr. 2, p. 138–159.

MacDonald J.D. (2004), *Communicating partners*, Londra, Jessica Kingsley Publishers.

Marleau B. (2009–2010), *Collection: Au cœur des différences*, St.-Laurent, Boomerang Éditeur Jeunesse.

Maurel Ollivier A. (2000), Médicin ou devin? Diagnostique trés prêcoce et anticipation. Exemple du syndrome de Williams, *Archives de pédiatrie*, vol. 7, p. 1221–1227.

McCathren R.B. (2000), Teacher-Implemented Prelinguistic Communication Intervention, *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, vol. 15, nr. 1, p. 21–29.

McCausland D., Guerin S., Tyrrell J., Donohoe C., O'Donoghue I. şi Dodd P. (2010), Self-reported needs among older persons with intellectual disabilities in an Irish community based service, *Research in Developmental Disabilities*, vol. 31, p. 381–387.

McConkey R., Morris I. şi Purcell M. (1999), Communications between staff and adults with intellectual disabilities in naturally occuring settings, *Journal of Intelectual Disability Researh*, vol. 43, p. 194–205.

McCubbin H.I. şi Patterson J.M. (1983), The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation, in M. Sussman, H. McCubbin şi J. Patterson (coord.), *Social stress and the family: Advances and development in family stress theory and research*, New York, Haworth, p. 7–37.

McLeod H., Houston M. şi Seyfort B. (1996), Communicative interactive skills training for caregivers of nonspeaking adults with severe disabilities, *International Journal of Practical Approaches to Disability*, vol. 19, p. 5–11.

Montgolfier-Aubron I.D., Burglen L., Chavet M.S., Tevissen H., Perrot C., Baudon J.J. *et al.* (2000), Révélation précoce par des troubles digestifs d'un syndrome de Williams-Beuren, *Archives de pédiatrie*, vol. 7, p. 1085–1087.

Morin S. (2008), Incapacité et contributions positives à l'expérience parentale, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, număr special, mai, vol. 5.

Nader-Grosbois N. (2006), *Le développement cognitif et communicatif du jeune enfant. Du normal au pathologique*, Bruxelles, De Boeck.

Newton J.S., Horder R.H., Ard W.R., Le Baron N. şi Sappington G. (1994), A conceptual model for improving the social Life of individuals with mental retardation, *Mental Retardation*, vol. 32, p. 393–402.

Noone S.J. şi Hastings R.P. (2009), Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities: Pilot evaluation of an

acceptance-based intervention, *Journal of Intellectual Disabilities*, vol. 13, nr. 1, p. 43–53.

Noviant E. (1982), *Le petit fantôme noir*, Paris, Éditions du chat perché, Flammarion.

Organisation mondiale de la santé (1992/1993), *Classification Internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles de comportements. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Geneva/Paris, Masson.

Paré C., Parent G., Pilon W. şi Côté R. (1994), L'influence du processus de desinstitutionnalisation sur l'intégration sociale de personnes présentant une déficience intellectuelle sévère et profonde, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 5, nr. 2, p. 137–154.

Perreault K. (1997), *Pour mieux comprendre la différence. Une étude sur les besoins des personnes ayant une déficience et sur ceux de leurs proches*, Québec, Gouvernement de Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Poehlmann J., Clements M., Abbeduto L. şi Farsad V. (2005), Family Experiences Associated With a Child's Diagnosis of Fragile X or Down Syndrome: Evidence for Disruption and Resilience, *Mental Retardation*, vol. 43, nr. 4, p. 255–267.

Purcell M., McConkey R. şi Morris I. (2000), Staff communication with people with intellectual disabilities: The impact of a work-based training programme, *International Journal of Language and Communication Disorders*, vol. 35, p. 147–158.

Richardson G.E. (2002), The metatheory of resilience and resiliency, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, nr. 3, p. 307–321.

Richardson S. şi Koller H. (1992), Vulnerability and resilience of adults who were classified as mildly mentally handicapped in childhood, în B. Tizard şi V.P. Varma (coord.), *Vulnerability and resilience în human development: A festschrift for Ann and Alan Clarke*, Londra, Jessica Kingsley Publishers, p. 102–119.

Richardson S.A., Katz M., Koller H., McLaren J. şi Rubinstein B. (1979), Some characteristics of a population of mentally retarded young adults in a British city. A basis for estimating some service needs, *Journal of Mental Deficiency Research*, vol. 23, p. 275–286.

Rocque S., Langevin J., Drouin C. şi Faille J. (1999), *De l'autonomie à la réduction des dépendances*, Montréal, Éditions Nouvelles.

Rondal J.-A. (1999), Retards mentaux, în J.A. Rondal şi X. Seron (coord.), *Troubles du langage: bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Sprimont, Belgia, Pierre Mardaga, p. 589–637.

Saint Mars D. (1998), *Alex est handicapé*, Fribourg, Elveţia, Calligram.

Scelles R., Bouteyre E., Dayan C. şi Picon I. (2007), „Groupes fratries" d'enfants ayant un frère ou une sœur handicapé: leurs indications et leurs effets, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 18, p. 32–44.

Shojai R. Boubli L. şi d'Ercole C. (2005), Les fondements du pronostic en médecine prénatale: exemple de la trisomie 21, *Gynécologie, obstétrique et fertilité, 2005, Jul.-Aug.*, vol. 33, nr. 7–8, p. 514–519.

Skotko B. (2005), Mothers of children with Down syndrome reflect on their postnatal support, *Pediatrics*, vol. 115, nr. 1, p. 64–77.

Slayter E.M. (2007), Substance abuse and mental retardation: Balancing risk management with the „dignity of risk", *Families in Society*, vol. 88, nr. 4, p. 651–659.

Smith J.D., Warren S.F., Yoder P.J. şi Feurer I. (2004), Teacher's Use of Naturalistic Communication Intervention Practices, *Journal of Early Intervention*, vol. 27, nr. 1, p. 1–14.

Sternlicht M. (1966), Psychotherapeutic procedures with the retardates, *International Revue of Research in Mental Retardation*, vol. 2, p. 279–354.

Summers S.J. şi Witts P. (2003), Psychological intervention for people with learning disabilities who have experienced bereavement: A case study illustration, *British Journal of Learning Disabilities*, vol. 31, p. 37–41.

Tassé M.J. şi Morin D. (coord.) (2003), *La déficience intellectuelle*, Boucherville, Editura Gaëtan Morin.

Tétreault S., Beaupré P. şi Pelletier M.-È (2004), *Programme de préparation à l'inclusion et de soutien à la transition destiné à l'entourage des enfants d'âge préscolaire vivant des situations de handicap*, Québec, Université Laval.

The AAIDD Ad Hoc Committee on terminology and classification. (2010), *Intellectual disability. Definition, classification and systems of support*, Washington D.C., American Association of Intellectual and Developmental Disabilities.

Van-Ripper M. (2000), Family variables associated with well-being in siblings of children with Down syndrome, *Journal of Family Nursing*, vol. 6, p. 267–286.

Vendittoli M. şi Gamache M. (1997), *Relance chez les anciens élèves ayant une déficience intellectuelle*, Montréal, Ministère de l'Éducation, Direction générale du Montréal.

Venet M. şi Déry M. (2004), Les „service de répit" offerts aux familles d'enfants qui présentent une déficience intellectuelle ou une trouble envahissant du développement, *Revue européenne du handicap mental*, vol. 29, p. 36–55.

Warren S.F. (2004), Intervention as experiment, în M.L. Rice şi S.F. Warren (coord.), *Developmental language disorders. From phenotypes to etiologies*, Mahwah, NJ, Laurence Erlbaum Associates, p. 187–206.

Warren S.F., Bredin-Oja S.L., Fairchild M., Finestack L.H., Fey M.E., Brady N.C. (2006), Responsivity Education/Prelinguistic Milieu Teaching, în R.J. McCauley şi M.E. Fey (coord.), *Treatment of language disorders in children*, Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co., p. 47–75.

Warren S.F., Fey M.E., Finestack L.H., Brady N.C., Bredin-Oja S.L. şi Fleming K.K. (2008), A randomized trial of longitudinal effects of low-intensity responsivity education/prelinguistic milieu teaching, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, vol. 51, nr. 2, p. 451–470.

Warren S.F., Fey M.E. şi Yoder P.J. (2007), Differential Treatment Intensity Research: A Missing Link to Creating Optimally Effective Communication Interventions, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Revies*, vol. 13, p. 70–77.

Weisz J. şi Zigler E. (1979), Cognitive development in retarded and nonretarded persons: Piagetian tests of the similar sequence hypothesis, *Psychological Bulletin*, vol. 86, p. 831–851.

Wikler L. (1986), Periodic stresses of families of older mentally retarded children. An exploratory study, *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 90, p. 703–706.

Wolfensberger W. (1991), *La Valorisation des Rôles Sociaux. Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*, Geneva, Éditions des Deux Continents.

Yoder P.J. şi Warren S.F. (2004), Early predictors of language in children with and without Down syndrome, *American Journal on Mental Retardation*, vol. 109, nr. 4, p. 285–300.

Zazzo R. (1979), Préface à la troisième édition: savoir ce que parler veut dire en matière de débilité mentale, în R. Zazzo (coord.), *Les débilités mentales*, Paris, Armand Colin.

IX.

Prevenirea conduitelor suicidare: cum să venim în sprijinul rezilienței

Monique Séguin și Jacques Brandibas

Pretutindeni și dintotdeauna, suicidul a părut a fi consubstanțial condiției umane. Societățile moderne nu dau impresia că ar fi mai capabile decât celelalte să-l stăvilească. În pofida cercetărilor tot mai numeroase și a multitudinii de cunoștințe pe care le generează, o metodă și un tratament **unice**, susceptibile să atace consecințele celei mai puternice dureri morale nu vor exista, fără îndoială, niciodată (Pitman, 2007; White & Jodoin, 2003): suicidul este rezultatul unei conduite, și nu un diagnostic; patologiile care-i stau la bază sunt diverse. Prevenirea sa este o sarcină complexă, întrucât conduitele suicidare se înscriu pe o pantă descendentă, care nu este nici liniară, nici previzibilă. Mai mulți factori contribuie la apariția unui comportament autodistructiv; fără îndoială, acesta este motivul pentru care atât debutul crizei suicidare, cât și trecerea la act sunt dificil de prevăzut.

Totodată, istoria aduce mărturie numeroase prezentări de caz, biografii, întâmplări și studii clinice ale unor persoane care au trecut prin situații personale și sociale dificile și care, în ciuda adversităților și suferinței, și-au depășit propria tragedie. Cum am putea înțelege mai bine aceste persoane care au surmontat dificultățile: indivizi excepționali, prezența unei protecții, combinarea mai multor factori? Această întrebare este importantă, întrucât identificarea factorilor de sprijin eficienți ar putea permite o mai bună susținere a persoanelor suferinde, susceptibile de a cădea pradă gândurilor și comportamentelor suicidare.

Epidemiologie

În fiecare an, în întreaga lume se sinucid peste un milion de persoane (OMS, 2009). În Franța, cu 11 000 de decese și 150 000 de tentative anual, suicidul este o problemă majoră de sănătate publică. Dacă luăm în considerare consecințele acestor comportamente asupra mediului relațional, sute de mii de persoane se confruntă cu factori de stres capabili să le afecteze sănătatea fizică sau mentală (Vaiva, 2005).

În Québec, suicidul reprezintă o cauză importantă a mortalității, Québecul înregistrând cel mai înalt nivel al sinuciderilor dintre toate provinciile canadiene. Suicidul reprezintă 2% dintre toate decesele, adică 1 200 pe an. În cazul adolescenților și al tinerilor între 15 și 29 de ani, suicidul constituie principala cauză de mortalitate. De asemenea, reprezintă principala cauză de deces în cazul bărbaților între 30 și 39 de ani. În jur de 80% dintre sinucideri sunt comise de bărbați (INSP, St-Laurent, 2008). În același timp, identificarea factorilor de risc nu permite obținerea unei perspective de ansamblu asupra dezvoltării progresive a conduitelor suicidare, nici înțelegerea etiologiei și diferențelor dintre indivizi. În pofida studiilor din ultimii ani, suntem încă departe de o înțelegere a etiologiei suicidului.

Modele etiologice

Problema suicidului a fost examinată sub diferite aspecte pe parcursul ultimelor decenii, în vederea identificării factorilor de risc care ar putea contribui la apariția acestei conduite. Printre factorii de risc cunoscuți se numără apartenența la sexul masculin, problemele de sănătate mentală, dependența de substanțe, prezența tentativelor de suicid anterioare, pierderile, antecedentele de neglijență și violență precoce, antecedentele familiale de suicid și prezența problemelor psihice (Hawton, 1998; Kim, 2003).

Modelul stres-predispoziție

Există puține modele etiologice în afara modelului stres-predispoziție propus de Mann (1999). Acest model sugerează o succesiune evolutivă, potrivit căreia suma vicisitudinilor îndurate pe parcursul copilăriei ar avea un impact asupra dezvoltării problemelor de sănătate mentală la debutul adolescenței și, în cele din urmă, la vârsta adultă. Aceste vicisitudini sunt adesea

acompaniate de elemente de stres invariabil prezente în apariţia sau agravarea acută a unei tulburări psihice (Mann, 2004). Deşi declanşarea unui episod suicidar este adesea asociată factorilor de stres exteriori, indivizii cu risc suicidar prezintă o anumită predispoziţie biologică, cognitivă şi de dezvoltare (Turecki, Rouleau, Mari şi Morgan, 2007). Analizând aceşti factori de risc, observăm că dificultăţile apar pe o bază pusă adesea încă din copilărie, iar comportamentele suicidare care se manifestă într-un moment sau altul al vieţii se sprijină frecvent pe o înlănţuire de mecanisme complexe, care ne oferă indicii în privinţa rezultatelor viitoare.

Modelul studiilor întreprinse la Grupul McGill de studii asupra suicidului (Lesage, Séguin, Turecki, Renaud, Boyer şi Ménard-Buteau, 2009) este centrat pe nivelul individual, cu factori proximi (evenimente recente de viaţă, tulburări psihice) şi îndepărtaţi (factori genetici, traume în copilărie), mediatori, precum trăsăturile de personalitate, abuzul de substanţe şi moderatori precum genul (vezi figura 1).

În acelaşi timp, nu toate persoanele la care se întrunesc aceşti factori de risc se vor sinucide. Fără îndoială, anumite vulnerabilităţi acţionează în manieră subiacentă şi contribuie la deznodământul fatal. Unele trăsături stabile

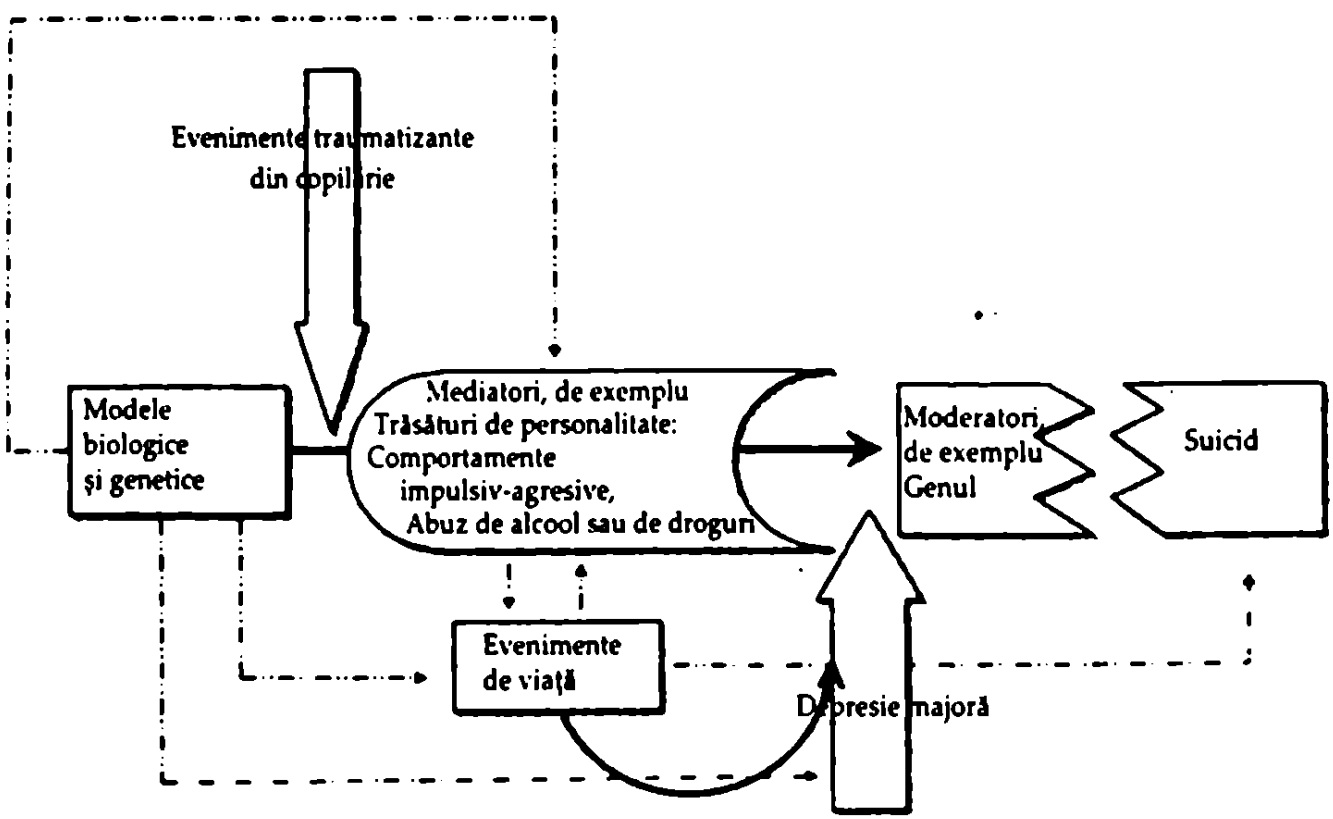


Figura 1. Modelul bio-psiho-social al suicidului pe plan individual

de personalitate, precum comportamentele de exteriorizare (impulsiv şi agresiv), ar putea permite identificarea riscului suicidar (Vitaro, Carbonneau şi Assaa, 2006). Întrucât aceste elemente nu au fost studiate în mod sistematic, modelele propuse la ora actuală nu sunt decât fragmentare. Ca şi modelul propus de Mann (2004), chiar dacă au sens din punct de vedere clinic, nu permit explicarea „tuturor" cazurilor de sinucidere.

Modelul traseelor de viaţă

Din această perspectivă de dezvoltare metodologică, am propus pe parcursul unui studiu anterior (Séguin, Turecki şi Lesage, 2007a) o metodologie a „traseului vieţii", pentru a schiţa suma dificultăţilor şi vicisitudinilor survenite în viaţa persoanelor decedate prin suicid. Această abordare permite schiţarea unui cumul de indicatori de dificultate şi de protecţie surveniţi în cursul dezvoltării, conform unei perspective evoluţioniste. Utilizând un calendar al vieţii, putem retrasa, în fiecare dintre marile sfere ale dezvoltării, evenimentele care au jalonat viaţa indivizilor. Printre aceste diverse sfere de dezvoltare se numără: locurile de reşedinţă, contextul familial, viaţa afectivă şi amoroasă, contextul vieţii cu propriii copii, viaţa academică sau profesională, viaţa socială etc. Acest ansamblu de date permite analiza individuală a fiecărui traseu de viaţă. Grupul de specialişti acordă o cotă de risc fiecărei perioade de viaţă de câte cinci ani; gruparea tuturor acestor factori în etape de câte cinci ani duce la atribuirea unui coeficient specific care reprezintă, conform opiniei clinice a experţilor, o încărcătură de adversitate, cumulul de risc în funcţie de severitatea dificultăţilor suferite de persoană.

Rezultatele studiilor anterioare indică două mari tipuri de trasee la persoanele decedate prin suicid (Séguin *et al.*, 2007a).

Traseul de viaţă de tip I, linia inferioară din figura 2, indică prezenţa foarte precoce a dificultăţilor de dezvoltare care ilustrează prezenţa abuzurilor, neglijenţei şi/sau violenţelor fizice şi sexuale. Ele survin foarte curând în viaţă, apoi jalonează un parcurs a cărui încărcătură de adversitate este importantă. Acest tip de traseu de dezvoltare se caracterizează prin apariţia evenimentelor care decurg unul din celălalt: dificultăţi de ataşament, rele tratamente, dificultăţi în relaţiile cu cei de-o seamă, cumularea treptată a problemelor şi eşecurilor şcolare, valuri succesive de pierderi, separări şi plasamente, experienţe sexuale precoce, adesea concomitente cu consumul de alcool sau de droguri în adolescenţă. La aceste persoane, problemele definitorii devin

evidente odată cu apariţia tulburărilor de sănătate mentală (axele I şi II din DSM) care, chiar dacă sunt identificate ulterior, nu se ivesc într-un vid, ci, din contră, se manifestă cu precădere la persoanele care au cunoscut adesea, încă din copilărie, trasee personale, familiale, psihologice şi sociale dificile. Acest traseu explică aproximativ 45% dintre decesele prin suicid.

Traseul de viaţă de tip II (linia superioară din figura 2) se explică mai bine prin intermediul dificultăţilor de adaptare şi printr-un proces treptat de erodare. În acest caz, viaţa începe relativ bine, dar se degradează progresiv, fără ca persoana să-şi dea cu adevărat seama. Aceste erodări apar în urma utilizării unor strategii de *adaptare* ineficiente; pe termen lung, ele creează dificultăţi legate de dependenţa de substanţe care, asociate eşecurilor încercărilor personale de a le depăşi, au drept consecinţă amplificarea sentimentului de pierdere a stimei de sine. Acest traseu este caracterizat printr-o alunecare lentă dar progresivă şi prin apariţia, la vârsta adultă, a tulburărilor psihice, în special a celor de dependenţă şi afective. Acest traseu explică aproximativ 55% dintre decesele prin suicid.

Persoanele care urmează acest traseu trăiesc adesea în cuplu, au o familie sau un loc de muncă în momentul decesului. Adaptabilitatea lor este de suprafaţă şi adesea suicidul îi afectează într-un mod dramatic pe cei apropiaţi, devastaţi de un gest pe care nici măcar nu şi l-au închipuit. În cadrul traseului de tip 2, succesiunea apariţiei în timp a evenimentelor este mai puţin bine definită decât în cel precedent. Până la urmă, aceste două tipuri de trasee sunt jalonate de perioade de adversitate, de perioade de criză, care plasează individul în situaţii de risc din punctul de vedere al conduitelor suicidare.

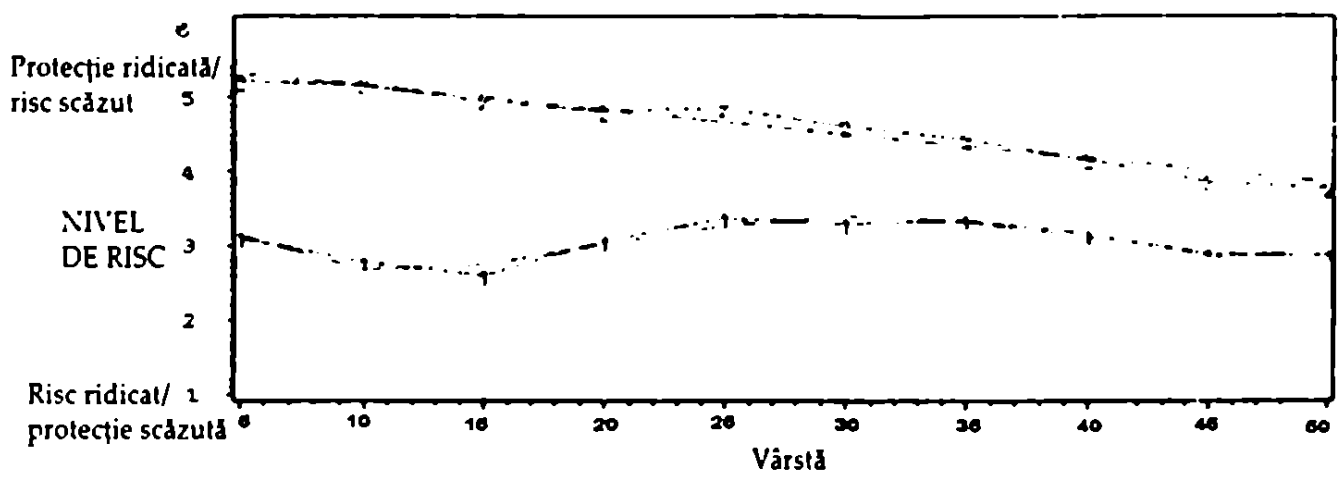


Figura 2. Evoluţia celor două trasee de viaţă, în funcţie de nivelul de adversitate, în cadrul unei populaţii de persoane decedate prin suicid[1]

[1] O curbă descendentă indică o creştere a nivelului de risc.

Modelul crizei

Un alt model explicativ al iminenței trecerii la actul suicidar este modelul crizei (Aguilera, 1995; Messick, 1964). Criza marchează existența între naștere și moarte; ea se rezolvă, de obicei, printr-o modificare a identității individuale și sociale. Când un subiect a epuizat totalitatea comportamentelor, strategiilor și resurselor, se deschide o perioadă de criză care trebuie să-i permită învățarea unor noi abilități. Criza suicidară, definită ca „o criză psihică al cărei deznodământ poate fi sinuciderea" (FFP, 2000), survine atunci când persoana are sentimentul că și-a epuizat toate resursele, interioare și exterioare, și că nu mai reușește să găsească soluții capabile de a diminua sentimentul de suferință, durere și disperare. Copleșită progresiv de o suferință psihică a cărei intensitate este din ce în ce mai dificil de suportat, ea se implică într-un dialog interior caracterizat printr-un du-te-vino între dorința de a trăi, de a găsi soluții la dificultățile actuale și sentimentul de neputință și disperare în ceea ce privește oportunitatea găsirii eventualelor soluții. Epuizarea acestei dorințe declanșează descurajarea și ideile de moarte.

O persoană aflată în criză nu este spectatorul neputincios și pasiv al propriei derive. În pofida dezorganizării care o copleșește progresiv, ea caută în mod activ soluții, datorită factorilor de protecție care formează reziliența (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2006); astfel, prin competențele obținute, devine mai capabilă să înfrunte greutăți și lovituri (Caplan, 1964; Lindeman, 1995). Criza este constrângerea la schimbare: mobilizarea resurselor psihice permite în mod obișnuit depășirea crizei. De aici decurge întrebarea cine va fi capabil de reziliență la un moment dat, pus în fața unei anumite probleme, și cine nu va fi.

Reziliența în fața sinuciderii: mit sau realitate?

Chiar dacă, de acum înainte, este mai ușor de decelat prezența factorilor de risc, de înțeles scenariul evolutiv care a dus la traume și suferințe emoționale și psihologice importante, printre care prezența abuzului fizic și sexual la vârstă mică, nu toate persoanele care prezintă asemenea factori sau care au suferit astfel de abuzuri vor recurge, neapărat, la sinucidere. Fără îndoială că există elemente care contribuie la accentuarea distresului acelor indivizi care au trăit acest tip de adversitate în copilărie și, în consecință, la declanșarea

conduitelor suicidare la vârsta adultă.[1] În aceeași manieră, prezența elementelor de protecție poate susține persoanele pe parcursul momentelor dificile și poate contribui la creșterea rezilienței lor.

Conștientizarea rolului jucat de cuplul „factori de risc — factori de protecție" pe parcursul dezvoltării poate permite o mai bună înțelegere a interacțiunilor complexe, susceptibile să împingă o persoană la suicid. Reziliența ar fi rezultanta acestor forțe opuse în ceea ce privește reacția în fața adversităților, fapt care explică de ce indivizii nu reacționează nici în aceeași manieră și nici cu aceeași intensitate. Vulnerabilitatea ar fi ansamblul caracteristicilor capabile să sporească riscurile patologiei în prezența unui agent declanșator. Capacitatea de a reacționa la o pierdere, de a tolera propria durere psihologică, se construiește pe parcursul întregii existențe și poate fi concepută ca rezultat al factorilor psihologici, de dezvoltare, sociali și biologici. Acești agenți diferiți sunt favorizanți sau inhibitori, în funcție de calitatea relațiilor oferite de anturajul afectiv, conjugal sau social. Modelul vulnerabilitate–reziliență sugerează existența unui continuum al vulnerabilității, mai curând decât a doi poli separați.

Inegalitatea în fața adversității este o realitate: o persoană care a avut succese, înconjurată de apropiați plini de căldură, care pot să transmită sentimente de încredere, stabilitate și siguranță afectivă este mai capabilă să dezvolte la nevoie atitudini de reziliență, pe când aceea care a cunoscut eșecuri, situații de abandon și de respingere va fi mai predispusă să dezvolte o imagine de sine nesigură.

Capacitatea de a face față evenimentelor dificile este determinată de factori biologici, de dezvoltare și contextuali care, pe parcursul diferitelor etape ale vieții, interacționează cu îngrijirile, protecția și conținerea afectivă oferite de mediul familial, conjugal și social (Rutter, 1995).

Pentru a înțelege fenomenul rezilienței, este recomandată adoptarea unei perspective longitudinale, ținând seama, totodată, de traseul personal de dezvoltare. Un anumit număr de elemente ale rezilienței individuale au drept efect întărirea sau fragilizarea acesteia:

1) relațiile de atașament care se stabilesc pe parcursul dezvoltării;
2) acumularea evenimentelor;
3) impactul bolii psihice.

---

[1] În legătură cu acest subiect, vom face trimitere la lucrarea lui M. Gowan (2009). Reglarea epigenetică a receptorului glucocorticoid din creierul uman corelează cu abuzul în copilărie, *Nature Neuroscience, 12*, 241.

Astfel, pierderile din copilărie, rănile consecutive abandonului sunt exemple de adversități capabile să provoace declanșarea unui sentiment de neputință, care contribuie la modificarea derulării existenței. Ca niște piese de domino care cad unele peste celelalte, elementele neșansei vor continua să se acumuleze pe drumul individual. Acest angrenaj are adesea ca punct de plecare o pierdere sau respingeri importante, care încep să interfereze cu stabilirea unor relații de atașament sigur și care pot acționa pe tot parcursul vieții, generând insatisfacții sau eșecuri relaționale repetate. Prin acumularea de eșecuri, pierderi sau decepții, individul devine cu fiecare zi puțin mai vulnerabil la îndoială, la pierderea stimei de sine și la dezvoltarea problemelor de sănătate mentală, precum tulburările de dependență, tulburările afective și, în cele din urmă, a conduitelor suicidare, atunci când intervine un moment de adversitate.

Nimeni nu este capabil de reziliență „complet singur". Încercările și traumele sunt adesea depășite grație întâlnirii cu ceea ce se numește, prin convenție, „tutore de reziliență"[1]. Persoana aflată în dificultate îl poate găsi în anturajul său, dar este datoria profesionistului să-și asume acest rol. Tutorele de reziliență pronunță cuvinte care redau încrederea celui care este momentan în nevoie. Capacitatea de a încuraja reziliența unei persoane suicidare ar putea consta într-o susținere terapeutică pasageră sau pe termen mai lung, pentru a contracara deriva emoțională, sentimentele de eșec, credințele false și pentru a întrerupe spirala suferinței psihice.

Cum să întrerupem ciclul tentativelor suicidare repetate?

Anumite tentative suicidare formează un tablou în care se amestecă comportamente autodistructive și automutilante (*self-harm*): incizii superficiale, consum excesiv de substanțe, comportamente sexuale de risc etc. Descoperirea unui comportament suicidar care poate fi ascuns de situații conflictuale este dificilă. Anumiți clinicieni pot interpreta aceste comportamente ca pe niște episoade de criză, în timp ce ele aparțin unui tablou clinic mult mai complex. În aceste cazuri, intervenția pentru situații de criză este inadecvată.

Relația dintre conduitele suicidare repetitive și tulburările de personalitate de tip *borderline* (stare limită) în cazul adolescenților este cunoscută. Într-adevăr, numeroase studii au stabilit o relație între conduitele suicidare repetitive

---

[1] Tutore de reziliență: „Persoană cu experiență, care emană încredere și care îi acordă încredere celui care suferă" (Manciaux, 2003).

şi persoanele cu tulburări de personalitate, în special de tipul borderline (Brent, Perper, Moritz, Allman, Firend *et al.*, 1993; Fonagy, Target şi Gergely, 2000). Factorii precum abuzurile sexuale şi fizice pe parcursul copilăriei contribuie mai târziu la riscul apariţiei tentativelor suicidare (Joiner, Sachs-Ericsson, Wingate, Brown, Anestis şi Selby, 2007). De altfel, conform diverselor studii, agresiunile sexuale trăite în copilărie sporesc riscul de apariţie a tentativelor suicidare la vârsta adultă, iar aceasta independent de orice psihopatologie sau de orice alt factor de risc (Brown, Cohen, Johnson şi Smailes, 1999; Fergusson, Horwood şi Lynskey, 1996; Molnar, Berkman şi Buka, 2001).

Datele actuale arată, totodată, că expunerea la violenţa fizică creşte substanţial riscul apariţiei unei tulburări de abuz de substanţe sau de dependenţă pe parcursul vieţii (Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best şi Schnurr, 2000) şi a unei tulburări de personalitate. Astfel, tulburarea de personalitate borderline (TPB) pare să aibă o legătură mai strânsă cu prezenţa relelor tratamente şi neglijării pe timpul copilăriei, decât celelalte tulburări de personalitate (Battle, Shea, Johnson, Yen, Zlotnick, Zanarini *et al.*, 2004).

Conduitele suicidare se suprapun peste problemele de sănătate mentală, precum abuzul de substanţe şi tulburările afective (Brent *et al.*, 1993). Riscând comportamentul suicidar, aceşti tineri sunt utilizatori frecvenţi ai serviciilor de îngriire specializate în sănătate mentală (Links, 1998). Dincolo de ciclul intervenţiilor repetitive şi pe termen scurt, de care beneficiază pacienţii la apariţia unei crize, este important să acordăm atenţie unor modele de intervenţie care se adresează în mod specific celor care au avut multiple tentative de suicid şi a căror implicare în tratament ar trebui să aibă loc şi în afara crizei.

Programele de tratament menite să diminueze comportamentele suicidare ale adolescenţilor se bazează adesea pe abordări cognitiv-comportamentale centrate pe rezolvarea problemei sau pe abordări psihoeducaţionale vizând creşterea susţinerii sociale.[1] În pofida câtorva rezultate preliminare pozitive, cercetătorii recunosc necesitatea continuării elaborării tratamentelor destinate tinerilor cu tentative suicidare repetate.

Potrivit lui Adler (1994), pacienţii suferind de tulburare de personalitate borderline prezintă patru caracteristici comune:

---

[1] Din această perspectivă, Linehan (1999) a elaborat un program de intervenţie de lungă durată (douăsprezece luni), necesitând crearea unui cadru important în mediul spitalicesc (întâlniri săptămânale ale grupului, întâlniri individuale săptămânale şi sprijin la cerere).

- protecția precară de care au beneficiat pe parcursul experienței lor de viață a inhibat dezvoltarea unor sentimente reale de protecție și de încredere și de aceea le este dificil să se protejeze singuri;
- în momentele de tensiune, stres, singurătate, sunt incapabili să se sprijine pe propriile resurse pentru a se calma și liniști;
- teama de pierdere, nevoia incontrolabilă de a fuziona cu o altă persoană creează dilema necesitate–pierdere;
- prezența unui intens sentiment de culpabilitate stârnește reacții de tipul „totul sau nimic", manifestate prin sentimente de ambivalență, clivaj, separări bruște și imprevizibile de anturaj.

Studiile arată, de asemenea, că persoanele cu tulburare de personalitate *borderline* este mai probabil să fi fost supuse în copilărie unor violențe fizice și sexuale precoce. Ele nu au beneficiat de prezența unor adulți binevoitori și protectori care să le poată îngriji și alina la nevoie. Atunci, cum poate fi încurajată această abilitate, această dorință de a se proteja pe sine? Cum poate clinicianul, într-un proces terapeutic, să-i transmită subiectului sentimentul că nu are nevoie să fie protejat de altul, ci este în măsură să se protejeze singur, că poate și că trebuie să învețe să o facă? Această abilitate de a se proteja este esența rezilienței!

Dezvoltarea acestui sentiment, al necesității de a se proteja, trece mai întâi prin achiziția cunoștințelor și competențelor individuale — ceea ce favorizează o mai bună identificare a riscului suicidar — și prin intervenții terapeutice de tip individual, familial și de grup.

Identificarea riscului suicidar, a riscului de repetiție și a factorilor de protecție

În domeniul prevenției și intervenției, specialiștii, întrucât primesc persoane adesea fragilizate de adversitățile vieții, trebuie să fie capabili să recunoască și să evalueze riscul suicidar și să-și aducă un sprijin eficient, întrerupând procesul suicidar.

Astfel, o mai bună cunoaștere a factorilor de risc după suicid sau după tentative repetate de suicid permite o luare adecvată în calcul a acestora, împreună cu factorii de protecție care urmează a fi dezvoltați la pacienți, pentru a le asigura capacitatea de autoprotecție (tabelul 1).

Tabelul 1. Factori de risc după suicid şi factori de protecţie care urmează a fi dezvoltaţi

Decesul după suicid	Tentative repetate de suicid	Factori de protecţie care urmează a fi dezvoltaţi
• Simptomele depresive au fost identificate drept antecedentul cel mai frecvent la persoanele decedate prin suicid. • Conform mai multor studii, 60% dintre persoanele decedate prin suicid prezentau o stare depresivă în momentul decesului. • Aproximativ două treimi din cazurile de sinucidere prezintă în antecedente dependenţă (de alcool, droguri etc.). În momentul actului suicidar, mulţi băuseră alcool; au devenit alcoolici la o vârstă fragedă, consumul s-a efectuat pe o perioadă prelungită, au o stare fizică deteriorată, se simt deprimaţi, au o istorie de viaţă dificilă şi haotică, au suferit recent o importantă pierdere afectivă de tipul separării, divorţului sau doliului. Frecvenţa în creştere a abuzului de droguri a fost regăsită în conduitele suicidare ale adolescenţilor şi adulţilor tineri. • 10% dintre pacienţii cu o tulburare de personalitate borderline se sinucid.	• 50% au o tulburare de personalitate. • 40% au o altă tulburare psihică, printre care depresia majoră. • Un studiu efectuat de Beautrais (1990) arată că 90% dintre pacienţi aveau o boală psihică, cu niveluri ridicate ale tulburărilor afective, abuz de substanţe şi personalitate antisocială. 56% prezentau o tulburare comorbidă. • 40% dintre persoanele care au recurs la sinucidere avuseseră deja o tentativă anterioară. • 13 până la 35% recidivează în decursul a 2 ani (7% de 2 ori; 2,5% de 3 sau mai multe ori; 1% de 5 sau mai multe ori, Nordstrom, 1995). • Caracteristici asociate: — probleme legate de consumul de alcool — personalitate antisocială — impulsivitate — tratament psihiatric — faptul de a trăi singur	**Factori individuali:** Sentiment de competenţă personală Capacitate de planificare Competenţe cognitive Capacitate de rezolvare de probleme Optimism Locul controlului interior Autodeterminare Capacitate de a face faţă stresului Abilitate de a căuta sprijin Inteligenţă socială Umor **Factori familiali:** Relaţii armonioase părinte–copii Prezenţa căldurii şi a afecţiunii Coeziune şi susţinere familială Etc. **Factori de sprijin:** Prezenţa unor persoane de nădejde şi semnificative Mijloace de sprijin care favorizează autonomia, responsabilitatea şi controlul Prezenţa unor relaţii semnificative şi armonioase Evenimente memorabile precum un succes, o călătorie, recunoaştere socială etc. (Mangham *et al.*, 1995)

• 30 până la 50% dintre persoanele decedate prin suicid aveau o tulburare de personalitate. • În 95% dintre decesele prin suicid la pacienţii cu tulburări de personalitate exista o tulburare comorbidă (Axa I): depresie majoră, abuz de substanţe sau ambele.		

Persoanele apropiate şi riscul suicidar

Publicaţiile disponibile insistă asupra faptului că adversităţile apărute pe parcursul copilăriei reprezintă factori de risc majori pentru apariţia problemelor de sănătate mentală şi a episoadelor suicidare. Invers, relaţiile familiale armonioase constituie adesea factori de protecţie care pot servi la crearea rezilienţei. În consecinţă, rolul familiilor se află, în mod necesar, în centrul preocupărilor terapeutice, fie ca element protector, fie ca element care poate spori riscul. Prin urmare, este deosebit de importantă luarea în considerare a familiilor şi integrarea lor, atât cât se poate, în procesul de îngrijire.

Literatura ştiinţifică asociază adesea familia şi mediul de viaţă cu factorii de risc suicidar. Mai mulţi autori (Brent, 1994, 1997; Shaffer, 1988; Shafii, Carrignan, Whittinghill şi Derrick, 1985) sugerează faptul că în mediul familial al adolescenţilor care s-au sinucis se observă niveluri mai ridicate ale antecedentelor familiale în ceea ce priveşte tulburările psihice, tulburarea de personalitate antisocială, tulburările depresive, abuzul de alcool şi de droguri, comportamentele violente şi gesturile suicidare, problemele de abuz, de neglijenţă şi conflictele familiale importante. În acelaşi timp, este recomandat să se facă deosebirea între:

- familiile cu trasee de viaţă complexe şi dezorganizate, marcate de vicisitudini şi tulburări psihice severe (a se vedea figura 2), care dispun de o putere majoră de fragilizare psihologică a membrilor săi;
- şi familiile din care provin persoanele cu traiectorii de viaţă asociate dificultăţilor de adaptare. În familiile cu traiectorii de viaţă mai obişnuite, ne putem foarte bine aştepta la posibilitatea apariţiei unei boli psihice, în absenţa oricărei patologii familiale.

Din aceste motive, au fost elaborate mai multe tipuri de intervenție terapeutică pentru familii (Bishop & McNally, 1993). Susținerea familiilor cu risc sau vulnerabilitate este susceptibilă de a reduce nivelul sinuciderilor. Obiectivul programelor intensive de rezolvare a crizelor familiale este acela de a permite recunoașterea crizei atunci când survine, de a preveni spitalizarea psihiatrică a unuia dintre membrii familiei, de a oferi noi strategii de rezolvare a problemei și, de asemenea, de a preveni crizele viitoare. În consecință, familia învață să gestioneze crizele prin intermediul unui proces de *empowerment*, adică de însușire a puterii. În special părinții deprind noi modalități de gestionare a conflictelor familiale. Intervențiile de tip educațional, adoptând o abordare comportamentală și cognitivă, permit reducerea numărului de spitalizări, ca și costurile îngrijirii. Deși eficiente, aceste tipuri de intervenții sunt contraindicate dacă întreaga familie trăiește o criză suicidară, dacă ea este sursa crizei sau dacă persoana se află într-un risc major de suicid.

Dimpotrivă, doliul ce urmează unui suicid se deosebește de celelalte tipuri de doliu generate de o moarte violentă, atât prin conținutul tematic (elemente distinctive ca, de exemplu, căutarea unui sens și sentimente de culpabilitate), cât și prin intensitatea impactului și reacțiilor la nivel individual, familial sau social. În orice caz, studiile comparate întreprinse până acum nu au putut decide într-o manieră fermă o simptomatologie generalizată pe termen mediu și lung, dintru început mai gravă la îndoliații prin suicid, în comparație cu persoanele îndoliate din alte motive. Doliul care urmează unui suicid nu va fi în mod necesar patologic, așa cum nici pierderea unei persoane apropiate în circumstanțe traumatice nu va genera brusc un doliu patologic.

Procesul de doliu nesurvenind în condițiile unei *tabula rasa*, ci grefându-se pe un context de viață deja prezent, va fi influențat de mai mulți factori și elemente. Doliul va lua forme diferite nu numai în funcție de ceea ce se produce după deces, dar și în funcție de persoană, de tipul doliului pe care îl trăiește și de momentul din viața sa în care intervine doliul. De aceea, printre altele, antecedentele asociate sănătății mentale și tipului de atașament joacă un rol în cadrul procesului de doliu (Séguin & Castelli-Dransart, 2006).

Astfel, intervențiile care urmează unui deces prin suicid nu vor putea fi eficiente decât dacă se ține seama de contextele și de profilurile diferite ale persoanelor confruntate cu un doliu prin suicid.

Rolul protector al specialiştilor în cazul pacienţilor suicidari

Datele epidemiologice (Turbelin, 2007) indică faptul că o mare parte din persoanele care s-au sinucis au recurs la serviciile unui specialist în luna care le-a precedat gestul. Astfel, clinicienii formaţi în prevenţia suicidului ar putea, graţie cunoştinţelor pe care le deţin, să fie furnizori importanţi de „rezilienţă asistată", care s-ar baza pe:

- bunul simţ şi convingerea că pacientul este acela care se află în criză şi a cărui gândire este tulburată: proiectul lor de sinucidere nu este deci o alternativă acceptabilă;
- formarea în domeniul prevenţiei conduitelor suicidare şi credinţa în capacităţile de schimbare ale pacientului;
- capacitatea de a realiza o alianţă terapeutică, de a evalua factorii de risc şi de protecţie adecvaţi în caz de suicid şi capacitatea de a implica pacientul în tratament.

Alianţa terapeutică este întotdeauna posibilă când persoana nu a renunţat total la perspectiva de a primi un ajutor din exterior. Însuşi faptul de a stabili o comunicare cu un specialist o plasează într-o situaţie paradoxală: în timp ce trăieşte un sentiment foarte puternic de izolare, este pe cale să-şi împărtăşească istoria de viaţă unui al treilea, capabil, prin reformulările sale, să o pună în cuvinte. Acest paradox îi poate zdruncina convingerea că nimeni nu este capabil să o înţeleagă.

Reformulând naraţiunea pacientului într-un limbaj bazat pe emoţie, i se transmite acestuia sentimentul că a fost înţeles. Recunoaşterea şi validarea tristeţii, a neputinţei de a acţiona şi a corolarului său, proiectul suicidar, îi permit clinicianului să sondeze mai în profunzime intensitatea scenariului suicidar şi urgenţa intervenţiei. După această etapă, devine adesea mai facilă accesarea capacităţilor raţionale ale pacientului, pentru a aborda împreună cu el problema protecţiei sale.

Capacitatea de a percepe, de a recunoaşte, de a numi suferinţa psihică prin intermediul unui al treilea poate ajuta o persoană să găsească singură sensul propriei crize. Această etapă de ascultare şi de exprimare a durerii impune clarificarea şi ordonarea evenimentelor dureroase şi emoţiilor asociate. Evocarea suicidului serveşte la înţelegerea, evaluarea şi transmiterea propriei înţelegeri asupra celor trăite de o persoană. A vorbi despre suicid permite

cunoaşterea motivaţiilor care împing spre moarte, a intenţiilor ascunse şi a posibilelor beneficii. Este, totodată, ocazia de a reflecta asupra calităţii propriilor resurse. Verbalizarea, punerea în cuvinte, recunoaşterea suferinţei, sunt punctul central al intervenţiei care vizează declanşarea rezilienţei. Expresia şi validarea emoţiilor pot permite recuperarea treptată a voinţei de a se proteja.

O atitudine moralizatoare, discreditantă sau care minimalizează suferinţa poate împiedica comunicarea, aducând persoana în situaţia de a-şi simţi eforturile devalorizate şi de a crede că temeinicia şi autenticitatea suferinţei sale sunt puse la îndoială.

Din punct de vedere tehnic, conducând intervenţia în situaţie de criză, clinicianul:

- stabileşte alianţa şi menţine implicarea pacientului pe tot parcursul întrevederii;
- asigură realizarea culegerii datelor;
- evaluează pe tot parcursul întrevederii un anumit număr de ipoteze de lucru.

În general, cele trei sarcini se realizează simultan prin intermediul:

- utilizării întrebărilor deschise;
- unei atitudini empatice;
- unei validări regulate a emoţiilor.

Astfel, pot fi asigurate menţinerea unei alianţe terapeutice pozitive şi înţelegerea adecvată a ceea ce pacientul vrea cu adevărat să spună. Adesea, motivaţia pacientului constă în nevoia esenţială de a întâlni pe cineva capabil să-l înţeleagă. Întâlnirea îi permite să se simtă ceva mai puţin singur şi îi face suferinţa mai suportabilă. A suferi ceva mai puţin înseamnă a gândi ceva mai bine, pentru a acorda un spaţiu cogniţiilor şi pentru a găsi soluţii alternative suicidului.

Rezilienţa asistată în domeniul prevenţiei suicidului presupune ca intervenientul să poată adopta temporar o atitudine directivă. Respectul şi căldura umană nu exclud directivitatea atunci când o persoană aflată în criză şi-a pierdut reperele şi când iminenţa sinuciderii este ridicată. Persoana trebuie să simtă că această formă de „autoritate" arată cât de importantă este ea pentru celălalt şi că nu este vorba nici de o confruntare şi nici de o negare

a puterii sale, la care ar putea fi refractară. Mai curând este vorba de o atitudine sinceră şi directă, prin care îi sunt împărtăşite celuilalt intenţiile, cerându-i-se, apoi, acordul.

Orice formă de contact cu o persoană suicidară implică respectarea limitelor, ceea ce înseamnă a nu-i cere niciodată nimic aflat în afara puterilor sale sau ale noastre. Directivitatea, în mod necesar limitată în timp, se impune doar pentru a răspunde unei situaţii de urgenţă temporare, şi nu pentru arogarea puterii de a lua decizii în numele celuilalt şi de a face alegeri de viaţă în locul lui.

O persoană suicidară este adesea o persoană disperată, care nu mai crede într-o schimbare posibilă. Ea crede adesea că a încercat **totul**, fără succes, şi că suicidul este ultima cale de a scăpa de suferinţă. A putea vorbi cu ea în mod deschis despre suicid permite transmiterea sentimentului că nu este singură şi că există mijloace pentru a o ajuta să-i fie mai bine. Contează să-i transmiţi convingerea că există şi alte soluţii, alte metode de a-şi reduce suferinţa în afara sinuciderii, pentru a o face tolerabilă şi a rezolva situaţia. Această discuţie îi permite adesea lărgirea câmpului cognitiv, lăsând, totodată, să se întrevadă alternative valabile pentru ea.

A transmite speranţa înseamnă a pune persoana suicidară în contact cu ceva semnificativ, altceva decât ideea de moarte; înseamnă, de exemplu, a permite conştientizarea propriilor calităţi şi interese, a valorii sale sau a valorii celorlalte persoane din anturajul său. A fi în măsură să transmită speranţa într-o modalitate sinceră şi cinstită este una dintre cele mai mari calităţi pe care o poate avea un intervenient în situaţia de criză.

Programele de intervenţie: a învăţa să te protejezi

Alte intervenţii se pot dovedi eficiente pentru susţinerea rezilienţei persoanelor vulnerabile. Terapia de grup poate constitui o formă de intervenţie adaptată şi promiţătoare pentru anumiţi adolescenţi (Wood, Trainor, Rothwell, Moore şi Harrington, 2001). Studiul lui Wilberg, Früs şi Karterud (1998), având drept subiecţi persoanele prezentând o tulburare de personalitate borderline, a demonstrat eficienţa terapiei de grup în reducerea ponderii deceselor prin suicid. Învăţarea abilităţilor sociale se face în general prin observarea celorlalţi şi a rezultatului acţiunilor lor (Bandura, 1989). Grupul permite crearea unui loc securizant necesar stabilirii unui mod de funcţionare

interpersonală mai bine adaptat și ameliorării reglării impulsurilor și emoțiilor.

Noi am dezvoltat (Séguin, Goulard, Bergans și Links, 2007b) o intervenție destinată adolescenților, centrată pe ameliorarea capacității de autoprotecție, de luare a deciziilor referitoare la propria siguranță și de stabilire a unor limite interpersonale securizante.

Conceptul de autoprotecție este primordial pentru elaborarea programului. Scopul afișat de grup este reducerea intensității, duratei și frecvenței episoadelor de autoagresiune și de criză suicidară. Obiectivele intervenției vizează învățarea participanților:

- să-și amelioreze abilitățile și capacitățile de a se proteja, a se calma, a se defocaliza în situațiile de stres, pentru a crește controlul asupra sentimentelor de singurătate și de abandon;
- să înțeleagă și să respecte limitele interpersonale, să conștientizeze limitele personale ale celorlalți, pentru a diminua conduitele de risc asociate dilemei trebuință–teamă evocate anterior;
- să recunoască și să înțeleagă propriile stări de spirit, pentru a-și identifica mai ușor și a-și numi sentimentele;
- să-și amelioreze propriile abilități de control al emoțiilor și de autocontrol, pentru a înțelege mai bine că un comportament este rezultatul unei alegeri;
- să deprindă noi strategii pentru a diminua nivelul de tensiune pe parcursul situațiilor stresante și a conștientiza rapiditatea cu care nivelul de tensiune se poate intensifica, în vederea dezvoltării abilității de a-l limita.

Noțiunile de siguranță și protecție personală constituie baza intervenției și a climatului în care evoluează grupul. Această acțiune, cu o durată de 22 de săptămâni (20 de săptămâni de terapie și două săptămâni de evaluare pre- și post-grup), se întinde pe parcursul unui an școlar, din octombrie până în mai, excluzând vacanțele. Grupul se compune din trei terapeuți și din șase până la opt adolescenți și adulți tineri. Participanții au între 14 și 19 ani și au avut toți tentative anterioare de suicid și episoade de automutilare. Acești tineri participanți sunt recrutați cu acordul pedopsihiatrului care îi tratează. Ședințele se desfășoară o dată la două săptămâni și au o durată de 90 de minute. Ele se derulează în două etape: prima, de tipul psihoeducativ, are drept subiect o temă precisă; a doua, mai dinamică, permite fiecărui membru să se

exprime şi începe cu întrebarea rituală a unui psihoterapeut: „Aţi trăit în această săptămână un eveniment sau o provocare pe parcursul căreia aţi reuşit să vă protejaţi?" Participanţii au mai întâi tendinţa de a evidenţia aspectele negative, relatând evenimentele dificile, sentimentele neplăcute, prin care îşi constată neputinţa. Această neputinţă se transformă puţin câte puţin.

Întrebaţi, participanţii:

— au mărturisit că s-au simţit „ascultaţi", „respectaţi", „înţeleşi" („Simt că prietenii pe care mi i-am făcut în cadrul grupului mă înţeleg bine"; „Nu sunt singur");
— au menţionat disponibilitatea mediatorilor („Îşi fac timp pentru a ne asculta");
— au observat că, în acest context, au fost „capabili să vorbească deschis";
— au avut sentimentul că se află într-un „loc în care se simt susţinuţi".

În total şi în mod general, participarea la acest grup de discuţii a permis:

- *Dezvoltarea sentimentului de apartenenţă.* Unul dintre participanţi a spus: „Am învăţat multe despre relaţiile interpersonale". Participanţii au afirmat că acest grup era diferit de altele, întrucât „nu există competiţie", „nu te simţi judecat", „eşti tratat ca o persoană, şi nu ca un bolnav" şi că „aici, subiectele de discuţie sunt mai semnificative".

  Dobândirea capacităţii de a împărtăşi informaţii, de a solicita ajutor, este percepută ca un moment important al evoluţiei lor. Participanţii recunosc, totodată, că în afara cadrului grupului este încă „dificil să-ţi împărtăşeşti emoţiile", acceptând totuşi ideea că „sunt momente în care nu pot da tot ce am mai bun şi am, într-adevăr, un motiv întemeiat". Alte comentarii insistă asupra faptului că „am învăţat multe din activităţi/lecţii" şi „am conştientizat anumite caracteristici ale comportamentelor mele".
- *Un mai bun control al emoţiilor.* Au semnalat, de asemenea, că umorul era un element important care permitea crearea unui echilibru în ceea ce priveşte conţinutul emoţional şi intensitatea întâlnirilor. Teama, prezentă pe parcursul primelor întâlniri, este aceea de a se simţi cuprins de emoţii în cadrul grupului. Într-o manieră generală, programul a permis modificarea percepţiei asupra propriilor emoţii. Iniţial considerate „rele", pe parcusul săptămânilor ele au devenit „normale" şi „controlabile", participanţii au devenit mai capabili să le numească şi să le facă faţă.

- *O capacitate de proiecție în viitor.* Deși recunosc persistența dificultăților, ei admit că sunt mai încrezători în viitor decât la început: „Simt că merg într-o anumită direcție: nu mă mai simt atât de copleșit". Sau, din nou, „Am învățat să nu fiu atât de dur cu mine însumi... Înainte mă simțeam un ratat sau un prost, dar nu mă mai simt așa".
- *O creștere a stimei de sine.* Participanții mărturisesc reducerea considerabilă a frecvenței și a intensității comportamentelor autodistructive și a conduitelor suicidare: „Ceva s-a schimbat în mintea mea, dar de vreme ce încă mă mutilez, nu este atât de profund"; „Nu mai sunt atât de sever cu mine însumi, știu că dețin strategii pentru a face față diverselor situații"; „Credeam că voi învăța trucuri pentru a nu-mi mai face rău, nu am învățat, dar îmi place să vin aici și acum nici nu îmi mai fac rău"; „Nu știu dacă se datorează grupului sau vouă (arătând spre terapeuți), dar chiar dacă mă mai tai, nu am niciun chef să mă omor." Un anumit număr de participanți nu a observat schimbări, dar niciunul dintre ei nu a declarat că starea sa s-ar fi deteriorat.

Toate instrumentele autoadministrate (Séguin *et al.*, 2007b) sugerează prezența unei abateri pozitive între instrumentele pre- și post-test. Am considerat că tratamentul a avut efecte pozitive.

La finalul celor douăzeci și două de săptămâni, mai mulți tineri și-au afirmat dorința de a continua grupul. Ar fi atunci oportună dezvoltarea unei a doua etape, urmând intervenției inițiale. Dintre cei care au încheiat intervenția psihosocială/psihoeducativă și care și-au demonstrat capacitatea de a se implica într-o acțiune terapeutică, unii ar putea continua tratamentul într-un cadru care să le permită întărirea propriilor capacități de a se proteja, atunci când nu par încă pregătiți să se separe. Și-au demonstrat remarcabila capacitate de implicare, deși sunt caracterizați drept ambivalenți, neimplicați și indecișii. În consecință, se pune problema prezenței noastre, prea adesea pe termen scurt, care ar favoriza plasarea acestui angrenaj și a acestei demoralizări într-un etern început...

Căi de reziliență asistată în societățile tradiționale

Reziliență și sentiment colectiv

În anumite societăți tradiționale, când interesele de grup trec înaintea aspirațiilor individuale, poate fi ridicată problema felului în care elementele de reziliență colectivă se pot pune în slujba persoanelor aflate în criză. Nu s-ar afla, în aceste societăți, unde locul controlului individului este mai mult exterior decât interior, fermenții „rezilienței asistate", dezvoltate de Ionescu (2004)? Când funcționarea socială este mai curând colectivă, la fel va fi și procesul de reziliență?

Astfel, în ceea ce privește reziliența femeilor bătute de pe insula Mayotte din Oceanul Indian, Lambek (1999) declară că în această societate matrilocală reziliența unei femei maltratate de soțul său constă în capacitatea sa de a solicita ajutorul și protecția membrilor familiei, care nu locuiesc niciodată prea departe de domiciliul său. Aceștia din urmă nu intervin decât dacă femeia formulează cererea în mod expres. Potrivit tradiției, o femeie bătută care nu solicită în mod explicit ajutorul și protecția familiei sale se comportă ca un copil: ea poate fi maltratată în continuare; tăcerea sa este interpretată ca un semn de imaturitate. Cum majoritatea femeilor de pe insula Mayotte au integrat acest element de reziliență, se punea arareori problema maltratării lor. Evoluția societății, dar și motivele personale, au determinat anumite femei să se îndepărteze de mediul în care au crescut, pentru a trăi în familia soțului sau la Mamoudzou, capitala, să emigreze în Franța metropolitană sau pe insula Réunion. Pe insula Réunion am constatat că femeile venite din Mayotte, stabilite acolo împreună cu soții lor, departe de propria familie, au tendința de a fi mai vulnerabile și mai expuse la resentimentele partenerilor lor. Prin urmare, aceasta duce la o recrudescență a fenomenului maltratării și, de aici, recurgerea mai frecventă la tribunalele republicii, o nouă formă de reziliență. Din acest punct de vedere, trecerea de la protecția familială, devenită inactivă, la protecția judiciară marchează o evoluție culturală în domeniul rezilienței asistate.

Cadrul tradițional recunoaște în mod unanim existența unor perioade de criză și de fragilitate în viața fiecăruia: sarcină, naștere, debutul vârstei adulte, trecerea la maturitate, bătrânețea etc. Astfel, comunitatea este deosebit de atentă să supravegheze și să se ocupe de fiecare eveniment neobișnuit care survine în aceste momente speciale: vise deosebite pe parcursul sarcinii, decesul unui apropiat survenind în aceeași perioadă sau în preajma nașterii, nașterea

cu cordonul ombilical înfăşurat, naşterea gemelară, tardivă, precoce etc. Se ştie că aceste semne sunt capabile să orienteze într-o direcţie nefastă viitorul persoanei şi felul său de a fi pe lume. Astfel, în aceste momente de fragilitate, este de neconceput purtarea unei sarcini sau naşterea unui copil în solitudine, momente speciale, propice pentru atacul entităţilor invizibile, capabile de a supune unor pericole imuabile persoanele expuse şi a căror identitate este fragilizată. Rezilienţa asistată constă, în acest caz, în aplicarea unor ritualuri de protecţie, ce permit asigurarea „coacerii" psihice şi culturale a persoanei expuse.

Conduita suicidară şi rezilienţa asistată

Persoanele care nutresc idei suicidare sunt infinit mai numeroase decât acelea care recurg la act, ele depăşindu-şi fără ajutor exterior suferinţa psihică. Mecanica suicidară poate fi blocată prin diverse strategii: raţionalizări, conduite, eşafodaje individuale sau sociale, întâlniri care contribuie la învingerea suferinţei psihice. Din perspectiva în care strategiile individuale de rezilienţă au eşuat, rezilienţa asistată este concepută ca o acţiune care vizează conştientizarea existenţei unui potenţial de resurse personale necunoscut, care se pretează a fi mobilizat, pentru ca persoanele suicidare să gestioneze mai bine factorii de risc, consolidându-şi, totodată, factorii de protecţie.

Dubla acţiune, interioară şi exterioară, permite modificarea în acelaşi timp a factorilor de mediu şi a factorilor individuali aflaţi la originea suferinţei născute din stres. Efectul de întărire psihică al intervenţiei în situaţie de criză, limitate în timp, nu se întinde pe mai mult de câteva săptămâni de la externarea pacientului cu tentativă suicidară. Acţiunea sa protectoare este mai curând exterioară, vizând protejarea subiectului printr-o intervenţie asupra mediului. Apoi vine momentul preluării ambulatorii de natură psihoterapeutică, care urmăreşte să întărească stima de sine a persoanelor şi să le insufle conştiinţa nevoii de a se proteja (acţiune interioară).

Prin intermediul exemplului tratării unei conduite suicidare survenite într-o societate tradiţională, dorim să arătăm în ce fel este pusă în practică rezilienţa asistată şi cum acţionează asupra factorilor de risc şi de protecţie. Nathan (2003) relatează, referitor la cazul unei tinere réunioneze care s-a sinucis aruncându-se de pe o faleză, că, într-un registru de interpretare comun, gestul ei fusese pus pe seama acţiunii rău-voitoare a unui suflet rătăcitor. În insula Réunion, cauzalitatea magică face parte dintre cele mai răspândite tulburări

în rândul populației băștinașe. Invidia este adesea invocată ca motivație într-un atac vrăjitoresc.[1]

În acest exemplu, gândirea comună se îndreaptă spre patrimoniul său cultural pentru a găsi o interpretare a cauzelor suicidului în concordanță cu cosmogonia sa și cu propria ordine a lumii. În acest caz, cum s-ar fi putut acționa asupra factorilor de risc și de protecție? O asemenea acțiune ar fi pus în joc factori de mediu diferiți de cei obișnuiți în terapia occidentală. În cazul acestei femei, un demers de reziliență asistată ar fi implicat, în funcție de forța atacului și de starea sa de vulnerabilitate, recurgerea la rugăciune, la talismane, la băi și la infuzii din plante cu virtuți protectoare. Astfel, reziliența asistată ar fi constat în acțiuni menite să crească rezistența corpului și a spiritului în fața atacurilor exterioare și a intruziunii vreunei entități.

Exemplu de reziliență asistată

Datorită diversității care a stat la baza populării insulei Réunion, departament francez de peste mări, originalitatea locuitorilor săi constă în adoptarea mai multor cosmogonii. Pământ al migrației, acolo se întâlnesc, se întrepătrund și se amestecă uneori diferite modalități de a vedea lumea: diversitatea se exprimă prin intermediul culturilor de origine malgașă, indiană, creștină, africană, sub auspiciile laicității. În afara unui anumit număr de persoane care au integrat pe deplin secularizarea, multe familii continuă să explice stresul psihic și fizic în termeni de cauzalități supranaturale magice și animiste.

Exemplul de mai jos este extras dintr-o observație realizată în cadrul dispozitivului doamnei Marie, vraci réunionez, asupra unei persoane care avusese o tentativă suicidară.

Domnul M. este adus de părinți și de cele două surori ale sale. Petrecuse două săptămâni într-o instituție publică de sănătate mentală, ca urmare a unei tentative serioase de suicid, prin ingerarea de medicamente. De la externarea sa, domnul M., creol réunionez în vârstă de vreo treizeci de ani, a căzut pradă unei imense dureri. Prietena sa îl părăsise de trei luni. Durerea separării l-a dus la gestul extrem al suicidului. Spitalizarea, tratamentele, antidepresivele,

---

[1] Comportamentul victimei, subjugate de un „suflet răuvoitor", devine din ce în ce mai bizar. În absența tratamentului tradițional, persoana posedată își pierde treptat forța și energia. Într-o cheie de lectură tradițională, suicidul intervine atunci când, după ce a golit-o de substanță și s-a săturat, entitatea (sufletul răuvoitor, rătăcitor, spiritul unui defunct, demonul) abandonează ceea ce nu mai este decât un corp stors de sânge și de energie (Brandibas, 2003; Nathan, 2003).

nu l-au convins să nu-şi mai pună capăt zilelor. Pare tot timpul disperat şi îi ameninţă pe toţi că o va lua de la capăt imediat ce va avea posibilitatea. Din punctul de vedere al părinţilor, sistemul spitalicesc a eşuat. Din cauza eşecului medicinei, speranţa familiei s-a îndreptat spre intervenţia doamnei Marie, o vindecătoare faimoasă, la care familia mai apelase în trecut. Dacă era ca fiul lor să fie salvat, aceasta urma să se întâmple, probabil, graţie tehnicilor de îngrijire tradiţionale.

El se închisese în sine, rămânând ore întregi într-o stare de prostraţie, timp în care refuza orice fel de comunicare; începuse să lipsească de la serviciu, iar şeful său, când a apărut beat după o absenţă nejustificată de două zile, l-a concediat. De atunci, îşi petrecea zilele plângând şi înecându-şi amarul în rom, sperând că va găsi o alinare a suferinţei sale. Când durerea devenea prea puternică, iar alcoolul îl îmbăta peste măsură, începea să-şi strige sus şi tare dorinţa de moarte.

Discuţia între domnul M. şi doamna Marie s-a ţinut într-una dintre limbile creole. Folosindu-se de ghicitul în nisip, vindecătoarea a reconstituit seria de evenimente care a declanşat comportamentul suicidar: separarea cuplului a survenit după ce partenera sa a aflat de relaţia — promiscuă — pe care el o avusese cu o altă femeie. Partenera sa, mânată de resentiment şi furie, a recurs la un atac magic care l-a condus la comportamentul suicidar, ale cărui efecte au fost amplificate de faptul că persoana cu care avusese o relaţie episodică, simţindu-se trădată, a declanşat un prim atac, sensibilizându-l. Când a fost atacat a doua oară, capacităţile sale de rezistenţă personală erau deja cu mult reduse. Conform explicaţiei date de vindecătoare, domnul M. era parţial vinovat de ceea ce i se întâmplase, întrucât nu s-a gândit deloc nici la sentimentele femeii cu care avusese acea aventură pasageră, nici la acelea ale partenerei sale. Propria sa inconsecvenţă s-a aflat la originea atacurilor a căror victimă fusese. Consultaţia a luat sfârşit cu recomandarea de a face băi de plante şi de a bea ceaiuri pentru purificarea exterioară şi interioară şi a fost stabilită o nouă întâlnire.

O săptămână mai târziu, domnul M. arăta mai curat, era bărbierit şi odihnit. După ce au schimbat câteva cuvinte, doamna Marie a trecut la ritualul de exorcizare, ce consta în legarea unui dialog cu spiritul[1] posesiv, pentru a-l expulza apoi din corpul posedatului prin intermediul tehnicii potrivite. După o oră de strădanii, vindecătoarea a izbutit să captureze entitatea, pe care

---

[1] Vindecătoarea a descoperit că spiritul aparţinea unui înecat, deoarece, pe parcursul ritualului, persoana posedată cerea fără încetare de băut.

a închis-o într-o sticlă[1]. Pentru a reuși, ea a izolat-o la nivelul vertebrelor lombare (domnul M. și-a scos tricoul), sub piele formându-se o umflătură de aproximativ trei centimetri diametru. Capturarea se făcea în prezența asistenței. Vorbindu-i și sugerându-i să lase în pace victima, ea conduse umflătura spre vârful craniului. Câteva minute mai târziu, spiritul era ținut de degetele vindecătoarei, într-o șuviță de păr. Una dintre persoanele prezente se apropie cu o foarfecă, tăie șuvița și o închise repede într-un flacon. De acum înainte, spiritul captiv nu mai era capabil să facă rău.

Domnul M. este obosit, dar liniștit. Doamna Marie îl așază în fața altarului și începe să confecționeze un talisman format dintr-o bucată de hârtie, pe care o afumă cu rășină incandescentă, după ce scrisese pe ea un cuvânt magic în limba strămoșilor. Talismanul este închis într-o punguță de pânză roșie, pe care va trebui s-o poarte lângă inimă pentru a-l proteja, astfel, un timp, de atacurile exterioare.

După ce își lăsă prinosul într-o farfurie așezată nu departe de statuile strămoșilor, domnul M. se întoarse la mașină. Având încă pașii nesiguri, era susținut de surorile sale. Când l-am revăzut câteva săptămâni mai târziu împreună cu părinții săi, își găsise de lucru, renunțase la băutură și nu se mai gândea la sinucidere. Vindecătoarea i-a amintit promisiunea de recunoștință pe care a făcut-o strămoșilor în numele lui, pentru ca ei să accepte să-l vindece. De acum înainte este dator acelor ființe invizibile care l-au ajutat.

În tabelul 2, situația este înfățișată în termeni de factori de risc pentru comportamentul suicidar și factori de protecție.

Societatea creolă réunioneză a înscris conduitele suicidare printre propriile modele culturale. Ea a elaborat tehnici de interpretare a suferinței și a îngrijirii în coerență cu viziunea sa asupra lumii. În acest caz, conduita suicidară este direct legată de o practică magică obișnuită, vrăjitoria. Interpretarea vindecătoarei acuză frivolitatea și nerăbdarea domnului M. Din cauza impulsivității și egocentrismului său, și-a rănit amanta și partenera. Atacurile vrăjitorești cărora le-a căzut pradă au fost consecința acestora și s-au tradus prin apariția comportamentului suicidar. Cele două femei s-au răzbunat recurgând la vrăjitorie. Dacă trăsăturile de caracter, impulsivitatea, egocentrismul, separarea conjugală, depresia, fac parte dintre factorii de risc suicidar recunoscuți, este interesant de observat cum o anumită societate

---

[1] În insula Réunion se spune că spiritele posesive sunt adesea suflete rătăcitoare (*movézani*), decedate în condiții violente și premature; din acest motiv, le va fi interzisă intrarea în paradis pentru un anumit timp. În această perioadă pot fi manipulate de vrăjitoare, care le trimit să le atace victimele.

Tabelul 2. Factori de risc şi factori de protecţie în cazul domnului M.

Factori de risc interiori	Factori de risc exteriori		Întărirea persoanei	Întărirea mediului înconjurător şi a legăturilor de ataşament
Caracter slab, impulsivitate, egocentrism	Aventură extraconjugală	TENTATIVĂ DE SUICID	Băi de plante (purificare exterioară)	Grupul familial
Nevoie de a părea tare şi puternic prin intermediul cuceririlor feminine, conduită inadecvată de întărire a imaginii de sine	Sensibilizare în urma unui prim atac		Ceaiuri (purificare interioară)	Utilizarea limbii materne
Caracter schimbător, care-l expune resentimentelor şi atacurilor	Penetrarea de către un spirit, ca urmare a atacului partenerei		Expulzarea spiritului	Reafiliere
Separare conjugală; incapacitate de a controla sentimentul de pierdere			Purtarea talismanului (întărirea epilogului)	
Conduită alcoolică, depresie	Tentativă de suicid			Reîntărirea imaginii de sine, prin valorizarea sentimentului de apartenenţă

tradiţională îi înscrie în viziunea sa despre lume, le conferă o semnnificaţie şi îi ia în considerare din punct de vedere terapeutic.

Anturajul acceptă explicaţiile oferite de vindecătoare, diagnosticul acesteia, care îşi are originea în gândirea populară şi recunoaşte îngrijirea tradiţională: toate se hrănesc dintr-un patrimoniu cultural comun. Câteva săptămâni mai târziu, domnul M. a regăsit situaţia de echilibru de dinaintea

crizei (reducerea absolută a ideilor suicidare, renunțarea la comportamentul alcoolic[1], reluarea vieții profesionale).

Exemplul prezentat arată că, dacă nevoia de a se proteja împotriva adversităților este universală, mijloacele de dezvoltare a rezilienței urmează drumuri trasate de cultură. În societățile în care lumea este divizată între profan și sacru, în care locul controlului este mai mult extern decât intern, reziliența asistată pare a fi o formă uzuală. Ea întărește pe fiecare în ceea ce privește propria identitate și sentimentul de apartenență, oferind totodată, în funcție de natura problemei, prin ritualul specific de îngrijire, un anumit tip de protecție. Din această perspectivă, ritualurile, fie ele de inițiere, de protecție, de vindecare, de separare etc., se desfășoară în ritmul existenței. Ele se folosesc pentru apărarea împotriva riscurilor celor mai diverse, prin consolidarea atașamentelor, a limitelor personale posibil deteriorate de adversitățile întâmpinate. Din această perspectivă, ritualul ar fi întâia formă de reziliență asistată.

Concluzie

Dintr-o perspectivă ecosistemică, prevenția conduitelor suicidare semnifică, de asemenea, dezvoltarea capacităților de reziliență a acelora care au trecut prin încercări și traume.

Exemplele de intervenție prezentate (în mediul occidental și tradițional) arată, fiecare în felul său, că putem stabili condițiile rezilienței, pe care o caracterizăm mai ales prin capacitatea de a solicita ajutorul și de a se proteja, în toate etapele procesului:

- inițial, este indicată dezvoltarea abilităților profesioniștilor capabili să intervină în situația de criză, cu scopul dublu de a susține persoanele suicidare și de a se proteja ei înșiși. Formarea în acest domeniu reduce riscul de suicid în rândul pacienților și, de asemenea, îi protejează de riscul de a dezvolta o tulburare de stres ulterioară sinuciderii unui pacient;
- la un al doilea nivel, folosindu-se de priceperea sa, de cunoștințele sale în ceea ce privește sinuciderea, de dezvoltarea capacităților sale empatice, profesionistul îi insuflă sinucigașului, prin recunoașterea și validarea emoțiilor sale, puterea de a renunța la proiectul lui suicidar. Acesta este

[1] Renunțarea la comportamentul alcoolic poate fi explicată prin faptul că, pentru gândirea populară réunionează, consumul de alcool nu este al celui care bea, ci al unui spirit care cere de băut: alungând spiritul, vindecătoarea speră să-i modifice comportamentul.

scopul intervenției în situație de criză. Acest demers dificil îi impune uneori să renunțe la neutralitatea sa, arătându-se pe moment mai directiv cu persoanele a căror judecată este afectată de intensitatea suferinței lor morale;

- în cele din urmă, capacitatea de a se proteja se dezvoltă și în etapa ulterioară crizei. Este vorba, atunci, de a transmite pacienților suicidari care au acumulat factori de risc, pierderi și traume, dragostea de sine, dorința de a se proteja, determinându-i să-și recunoască, să accepte și să-și stăpânească emoțiile și suferința care le întunecă perspectiva asupra lumii;
- exemplul réunionez ne determină să recunoaștem că persoanele care aparțin altor culturi dezvoltă forme de reziliență inspirate din etica și din viziunea lor asupra lumii. Acolo, semnificația acordată conduitelor suicidare se regăsește în credințele comune. Din această perspectivă, recurgerea la ritual pare a fi forma maximă a rezilienței asistate.

Bibliografie

Adler, G. (1994), Transference, countertransference and abuse în psychotherapy, *Harvard Review Psychiatry*, vol. 2, p. 151–159.

Aguilera, D.C. (1995), *Intervention en situation de crise*, Paris, Interédition.

Bandura (1989), Human agency în social cognitive theory, *American Psychologist*, vol. 44, nr. 9, p. 1175–1184.

Battle, C.L., Shea, M.T., Jonhson, D.M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M.C. *et al.* (2004), Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study, *Journal of Personality Disorders*, vol. 18, p. 193–211.

Bishop, E.G. și McNally, G. (1993), An in-home crisis intervention program for children and their families, *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, nr. 9, p. 182–184.

Brandibas, J. (2003), *Traité de psychopathologie et thérapeutiques réunionnaises*, pe http://tel.ccsd.cnsr.fr/tel-000989118 (consultat în data de 21 iulie 2011).

Brent, D.A. (1994), Resolved: Several weeks of depressure symptoms after exposure to a friend's suicide is „Major depressive desorder", *Affirmative Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 33, nr. 4, p. 582–584.

Brent, D.A. (1997), The aftercare of adolescents with deliberate self-harm, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 38, nr. 3, p. 277–286.

Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A. *et al.* (1993), Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, p. 521–529.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G. şi Smailes, E.M. (1999), Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 38, p. 1490–1496.

Caplan, G. (1964), *Principles of preventive psychiatry*, ediţia I, New York, New York Basic Books.

FFP (2000), Conférence de consensus, „La crise suicidaire: Reconnaître et prendre en charge", pe http://psydoc.fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/expertsuic.html (consultat în data de 21 iulie 2011).

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. şi Lynskey, M.T. (1996), Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of children sexual abuse, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 35, p. 1365–1374.

Fonagy, P., Target, M. şi Gergely, G. (2000), Attachement and borderline personality disorder: A theory and some evidence, *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, nr. 1, p. 103–122.

Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A. *et al.* (1998), The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues, *Journal of Affective Disorders*, vol. 50, p. 269.276.

Ionescu, S. (2004), Résilience(s) et resilience scolaires, *Le Journal des psychologues*, p. 23–24.

Ionescu, S. şi Jourdain-Ionescu, C. (2006), *Psychopathologies et société*, Paris, Vuibert.

Joiner, T., Sachs-Ericsson, N., Wingate, L., Brown, J., Anestis, M. şi Selby, E. (2007), Childhood physical and sexual abuse and lifetime numbers of suicidal attempts: A persistent and theoretically important relationship, *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45, p. 539–547.

Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H.S., Best, C.L. şi Schnurr, P.P. (2000), Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, p. 19–30.

Kim, C., Lesage, A, Séguin, M., Lipp, O., Vanier, C. şi Turecki, G. (2003), Patterns of comorbidity in male suicide completers, *Psychological Medicine*, nr. 33, p. 1299–1309.

Lambek, M., (1999), Like teeth biting tangue: The proscription and practice of spouse abuse in Mayotte, în D.A. Counts, J.K. Brown şi J.C. Campbell (coord.), *To have and to hit, cultural perspectives of wife beating*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press.

Lesage, A., Séguin, M., Turecki, G., Renaud, J., Boyer, R. şi Ménard-Buteau, J. (2009), Une comprehension biopsychosociale du rôle des maladies mentales dans le suicide au Québec, *La psychiatrie en question. Festshrift professeur Frédéric Grunberg*.

Lindeman, E., (1995), *Crisis Intervention*, Londra, Rowman & Littlefield.

Linehan, M.M., (1999), Standard protocol for assessing and treating suicidal behaviors for patients in treatment, în D.G. Jacobs (coord.), *The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention*, San Francisco, Jossey-Bass Inc., p. 146–187.

Links, P.S., (1998), Suicide and life: The ultimate juxtaposition, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, nr. 4, p. 514–515.

Manciaux, M., (2003), De la soufrance à la résilience. En quoi la résilience concerne-t-elle les soignants?, *Gérontologie*, nr. 128, p. 26–31.

Mangham, C., McGrath, P., Reid, G. şi Stewart M. (1995), Ressort psychologique: Pertinence dans le contexte de la promotion de la santé, *Numéros du Birou de l'alcool, des drogues et des questions de dépendence.*

Mann, J.J. (2004), Searching for triggers of suicidal behavior, *American Journal of Psychiatry*, nr. 161, p. 395–397.

Mann, J.J., Waternaux, C., Gretchen, L., Haas, K. şi Malone, K.M. (1999), Toward a clinical model of suicidal behavior în psychiatric patients, *American Journal of Psychiatry*, vol. 156, p. 181–189.

Messick, S. (1964), *Assessment in higher education: Issues of access, quality, student development and public policy*, Mahwah (NJ), Lawrence Erlbaum.

Molnar, B.E., Berkman, L.F. şi Buka, S.L. (2001), Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behaviour in the US, *Psychological Medicine*, vol. 31, p. 965–977.

Nathan, T. (2003), Nourrir les morts pour régénérer les vivants, în J. Brandibas, G. Gruchet şi P. Reignier (coord.), *La mort et les morts à l'île de la Réunion et dans l'Ocean Indian*, Paris, L'Harmattan.

Pitman, A. (2007), Policy on the prevention of suicidal behaviour; One treatment for all may be an unrealistic expectation, *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 100, p. 461–464.

Rutter, M. (1995), Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery, *Southern African Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 7, nr. 2, p. 75–88.

Séguin, M. şi Castelli-Dransart, D.A. (2006), Le deuil suite à un suicide: symptomatologie et choix d'intervention, *Traité de psychiatrie et de pédo-psychiatrie de l'Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC)*, vol. 37, 500–A-50, 1–8.

Séguin, M., Turecki, G. şi Lesage, A. (2007a), Life trajectories and burden of adversity: Mapping the developmental profiles and suicide mortality, *Psychological Medicine*, vol. 10, nr. 1017, p. 1–9.

Séguin, M., Turecki, G. şi Lesage, A. (2007b), Group interventions for adolescents and young adults with recurrent suicide attempts, în S. Palmer (coord.), *Suicide: Strategies and interventions for reduction and prevention*, Londra, Routledge.

Shaffer, D. (1988), The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 49, nr. 9, p. 36–41.

Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J.R. şi Derrick, A. (1985), Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents, *American Journal of Psychiatry*, vol. 142, nr. 9, p. 1061–1064.

Turbelin, C. (2007), *Le recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire. Étude épidémiologique de type cas-croisé*, lucrare de doctorat, Paris VI, Université Pierre et Marie Curie.

Turecki, G., Rouleau, G.A., Mari, J.J. şi Morgan, K. (2007), A systematic evaluation of linkage studies în bipolar disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 93, nr. 5, p. 317–326.

Vaiva, G. (2005), *Psychotraumatismes: Prise en charge et traitements*, Paris, Masson.

Vitaro, F., Carbonneau, R. şi Assa, J.M. (2006), *Les enfants de parents affectés d'une dépendance: Problèmes et résilience*, Montréal, Presses Universitaires du Québec.

White, J. şi Jodoin, N. (2003), *Guide des stratégies prometteuses pour la prévention du suicide chez les jeunes autochtones*, Calgary (Al.), Centre pour la prévention du suicide.

Wilberg, T., Friis, S. şi Karterud, S. (1998), Out patient group psychothrapy: A valuable continuation treatment for patients with borderline personality disorders treated in a day hospital, *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 52, p. 213–222.

Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A. şi Harrington, R. (2001), Randomized trial of a group therapy for repetead self-harm în adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40, nr. 11, p. 1246–1253.

X.

Adicții la substanțele psihoactive și reziliență

Isabelle Varescon

Mai întâi, termenii *adicție* și *reziliență* par să aibă puține lucruri în comun. Ar avea chiar tendința de a se opune unul altuia. Cel dintâi trimite la exces, la lipsa de control, la repetarea conduitei, la dependența ale cărei efecte nocive la cunoaștem. Al doilea se înconjoară de un vocabular pozitiv: depășirea situațiilor dificile de viață, învingerea traumelor, avansarea în ciuda dificultăților, renașterea. Dincolo de antagonismele ce par să dezbine la prima vedere acești doi termeni, reziliența și adicția sunt, în realitate, mai apropiate decât ne-am putea închipui. Înainte de a merge mai departe, trebuie să precizăm că adicțiile la substanțele psihoactive — a căror particularitate este că acționează asupra creierului, provocând astfel senzații și modificări ale activității mentale și comportamentului consumatorului — au drept funcție procurarea plăcerii și alinarea unei suferințe interioare și se caracterizează prin eșecul repetat al controlului și prin persistența lor, în pofida consecințelor negative. Din toate timpurile, omenirea a recurs la o multitudine de substanțe extrem de diverse pentru a obține o stare alterată de conștiință care se sprijină pe motivații individuale și/sau colective. Considerate remedii, otrăvuri sau ambele, substanțele îndeplinesc funcții multiple care răspund așteptărilor mai mult sau mai puțin conștiente ale persoanei care la consumă. Totuși, consumul de droguri nu duce în mod sistematic la instalarea unei adicții. Aici ne vor reține atenția problemele dependenței de substanțe psihoactive și în special acelea referitoare la alcool și/sau la opiacee.

Noțiunea de *reziliență*, utilizată de un mare număr de autori, cunoaște mai multe definiții (a se vedea capitolul I al acestei lucrări). Reziliența este considerată fie un aspect stabil al personalității, o trăsătură regăsită numai la

anumite persoane, fie o parte inerentă a sistemelor de adaptare ale indivizilor. Reziliența sugerează ideea unui proces, a unui „înainte" și a unui „după". Ea poate varia în funcție de tipul dificultăților care trebuie depășite, în funcție de perioadele vieții și determină individul nu să fie complet diferit de ceea ce a fost, ci să se dezvolte altfel. În cele din urmă, reziliența este rezultatul unei conjuncții de factori individuali și de mediu.

După ce am definit în mod succint cele două concepte care constituie fundamentele temei noastre, să ne concentrăm acum asupra stabilirii cadrului posibilei lor manifestări. Suportul conceptual care ne servește drept axă teoretică este noțiunea de adaptare, plecând de la care emitem o serie de întrebări.

Dacă este necesar ca persoana să fi fost confruntată cu o traumă sau cu un context traumatogen pentru a vorbi de reziliență (Cyrulnik, 2001), atunci toate persoanele care prezintă o dependență de substanțe psihoactive au avut un parcurs traumatic înainte de a dezvolta o adicție? Cum putem înțelege mecanismele care duc subiectul la abstinență (sau la un consum controlat) după o perioadă de adicție și care, mai ales, permit menținerea acesteia? Este suficientă abstinența pentru a vorbi de reziliență? Cum se obține reziliența și care sunt mijloacele pentru a o atinge?

Fără să pretindem că oferim în aceste câteva pagini răspunsuri exhaustive la întrebările puse, ne vom mulțumi cu elemente de răspuns care, la rândul lor, vor deschide drumul către noi perspective de reflecție teoretico-clinice. Mai precis, în cadrul capitolului de față, vom insista asupra factorilor care împing o persoană dependentă să-și depășească adicția prin diferite mijloace, altele decât asistența clasică. În acest scop, vom prezenta și vom discuta, pentru început, principalele cunoștințe actuale referitoare la factorii de vulnerabilitate și de protecție în ceea ce privește dezvoltarea conduitelor adictive față de substanțele psihoactive. În fața unor situații potrivnice de viață, anumite persoane vor dezvolta o adicție, iar altele nu. Una dintre axele care ne permit să abordăm mai îndeaproape problema rezilienței în adicții este, prin urmare, cunoașterea factorilor de vulnerabilitate și de protecție. În al doilea rând, vom arăta cum poate fi aplicat în cazul adicțiilor rezultatul muncii întreprinse până acum în domeniul rezilienței. Apoi, vom vorbi despre renunțarea la dependență în absența unui tratament specific. În cele din urmă, vom încheia cu exemple și vom discuta ce poate veni în sprijinul rezilienței asistate a consumatorilor.

Factori de vulnerabilitate şi de protecţie

Factori de vulnerabilitate

Factorii de vulnerabilitate pot fi în acelaşi timp endogeni (legaţi de persoană) şi exogeni (legaţi de mediu şi de context). Foarte variabili de la o persoană la alta, ei nu determină egalitatea subiecţilor în faţa adicţiilor.

Anumiţi autori fac deosebire între factorii de risc şi factorii de vulnerabilitate. Adesea, pentru a ilustra această poziţie se face referire la May şi la metafora celor trei păpuşi. Trei păpuşi, una din sticlă, a doua din plastic şi a treia din oţel, primesc o lovitură de ciocan de intensitate egală. Cea de sticlă se sparge, cea de plastic rămâne cu o cicatrice, iar a treia rămâne neschimbată. Toate trei sunt expuse aceluiaşi risc (lovitura de ciocan), totuşi vulnerabilitatea lor este diferită (Anthony, 1980).

Pe teritoriul adicţiilor, susţinem ideea potrivit căreia factorii de vulnerabilitate şi factorii de risc sunt strâns legaţi. Există o vulnerabilitate legată de componentele personale şi de mediu proprii fiecărui individ, la care se adaugă impactul toxic al substanţelor consumate, care pot fi considerate un factor de risc. Dacă reluăm modelul tripartit al adicţiilor, la care subscriem în totalitate, conform căruia adicţia la substanţele psihoactive rezidă în interacţiunea unei vulnerabilităţi personale, a unui context particular şi a unui produs, factorii de vulnerabilitate includ factorii de risc.

Astfel, au fost identificaţi mai mulţi factori de vulnerabilitate — adică ansamblul determinanţilor intra- şi interpersonali care favorizează deteriorările legate de una sau mai multe substanţe psihoactive — proveniţi din sfere disciplinare şi abordări teoretice diferite. Să precizăm totuşi că fiind foarte numeroase căile ce pot duce la adicţie, este imposibil să numim în cazul unui subiect dat un singur factor de vulnerabilitate capabil să prezică apariţia unui abuz sau a unei dependenţe. Aici se pune problema unui ansamblu de factori care, prin asocierea lor, constituie o vulnerabilitate la dezvoltarea unei adicţii. Aceştia se împart în trei categorii.

Factorii de risc asociaţi produselor consumate

Aceştia se referă la cadrul legal al produselor şi la disponibilitatea lor, la capacitatea unora dintre substanţe de a induce toxicomania, ştiut fiind că unele dintre ele provoacă, mai repede decât altele, o stare de dependenţă

ce duce la complicaţii medicale, psihologice şi sociale (Reynaud, Bailly şi Venisse, 2005).

Factorii individuali de vulnerabilitate

În acest context a fost demonstrat şi constituie o cale de cercetare mult încurajată rolul factorilor genetici şi neurobiologici în adicţii. Genul este, de asemenea, unul dintre factorii identificaţi. Toate studiile arată că abuzul şi dependenţa de substanţe psihoactive (alcool şi opiacee) sunt mai des întâlnite printre bărbaţi.

Anumite aspecte structurale ale personalităţii şi temperamentului — precum trăsătura de personalitate „căutarea senzaţiilor", introdusă de Zuckerman (1983), mai ales în ceea ce priveşte factorii dezinhibare şi susceptibilitate la plictiseală care o compun, precum şi dimensiunea „căutarea noului" propusă de Cloniger (1998) — sunt indiscutabil identificate şi implicate în consumul de droguri. În ceea ce priveşte sfera emoţională, adicţia a putut fi considerată un fel de maladie a emoţiilor, în sensul că reactivitatea emoţională a indivizilor dependenţi ar fi redusă. Pe această direcţie se înscriu cercetările actuale care arată o prevalenţă ridicată a dimensiunilor alexitimică şi anhedonică în cazul persoanelor dependente (Corcos, Flament şi Jeammet, 2003; Farges, Corcos, Sperenza, Loas şi Perez-Dias, 2004). Pe de altă parte, hiperactivitatea cu deficit de atenţie la copii este considerată un factor de vulnerabilitate (Marshal şi Molina, 2006). La fel şi în cazul impulsivităţii, care corelează pozitiv cu adicţia la substanţele psihoactive (Dom, Hulstijn şi Sabb, 2006).

Comorbiditatea frecventă a adicţiilor, a tulburărilor anxioase şi a tulburărilor de dispoziţie (sau afective) a fost din plin demonstrată. În prezent, se ştie că toxicomanii prezintă, mai des decât populaţia generală, tulburări psihice şi că indivizii cu tulburări psihice demonstrează o apetenţă mai puternică faţă de droguri. Pe tot parcursul vieţii, prevalenţa a cel puţin unei tulburări anxioase, unei tulburări de panică şi unei fobii sociale este semnificativ mai ridicată la toxicomani, indiferent de sex. Această prevalenţă se agravează în funcţie de intensitatea toxicomaniei. În cele din urmă, tulburările de personalitate precum personalitatea antisocială, borderline, narcisică, dar şi schizofrenia constituie factori de vulnerabilitate pentru dezvoltarea unei dependenţe (Verheul, 2001; De Graaf, Bijl, Ten Have, Beekman şi Vollebergh, 2004).

Factorii legaţi de mediu

Factori socioculturali precum imigrarea, aculturaţia, marginalizarea, o situaţie socială precară, pot influenţa consumul de substanţe (Booth, Sullivan, Koegel şi Burnam, 2002). La nivel familial, sunt consideraţi factori de risc gradul de izolare socială, nivelul disfuncţional provocat de lipsa de repere şi de inconstanţa regulilor, intensitatea conflictelor, percepţia subiectivă a unei lipse de apropiere faţă de părinţi. Atitudinea părinţilor faţă de substanţele psihoactive poate, de asemenea, să joace un rol declanşator, favorizând apariţia unui abuz sau a unei dependenţe. Atunci, riscul este corelat cu gradul de disponibilitate a substanţelor psihoactive în mediul familial, cu importanţa conduitelor de uz pentru părinţi şi fraţi şi cu precocitatea expunerii copilului la aceste conduite de folosire a substanţelor. Pe de altă parte, a fost subliniată în mai multe studii (Frages, 2000) frecvenţa tulburărilor psihice la părinţii indivizilor care prezintă abuz sau dependenţă de substanţe.

În ceea ce priveşte anturajul, se ştie că grupul de prieteni joacă un rol important în iniţierea şi consumul substanţelor psihoactive. În grupul de prieteni pare să se împartă totul, pare a fi o nevoie de reciprocitate în jurul produsului. Precocitatea iniţierii şi a consumului se dovedesc a fi factorul cu cea mai mare putere de predicţie a abuzului sau dependenţei la finalul adolescenţei. Etapa din viaţă care pare a fi cea mai expusă riscului este, desigur, adolescenţa.

Evenimentele de viaţă şi stresul pot, de asemenea, să constituie o vulnerabilitate faţă de conduitele de dependenţă. Studierea rolului stresului în adicţii se sprijină în parte pe experimentele biologice centrate asupra reacţiei fiziologice a unui organism supus unui factor de stres (Goeders, 2003). Este vorba de studiile asupra modelelor animale, care au permis demonstrarea procesului de întărire prin autoadministrarea drogurilor în situaţii stresante (Piazza şi Le Moal, 1998). O abordare centrată într-o mai mare măsură asupra individului pune în prim-plan teza automedicaţiei şi a alinării (Khantzian, 1985). Potrivit acestei ipoteze, individul consumă substanţe pentru a face faţă unei stări de tensiune asociate unor situaţii trăite ca stresante şi/sau unor simptome. Oricare ar fi teoriile care sugerează legătura dintre stres şi adicţii, majoritatea studiilor consideră că impactul evenimentelor de viaţă stresante contribuie la dezvoltarea şi menţinerea consumului de substanţe. Am întreprins un studiu printre persoanele dependente de alcool, ale cărui obiective au fost duble: pe de o parte, evaluarea, în cazul subiecţilor cu o problematică legată de alcool, a eventualelor evenimente de viaţă susceptibile să-i fragilizeze şi să le favorizeze dependenţa faţă de alcool; pe de altă parte, studierea

strategiilor de adaptare folosite de subiecţi pentru a încerca să facă faţă diverselor situaţii stresante. Principalele rezultate au scos în evidenţă numeroase evenimente de viaţă trăite ca traumatizante şi un stil de adaptare mai mult centrat asupra emoţiei. Adaptarea centrată asupra emoţiei se referă la diversele tentative de a controla sau modifica tensiunea emoţională indusă de situaţie. Dincolo de funcţia internă a reglării emoţionale, adaptarea serveşte la depăşirea, mai mult sau mai puţin eficientă, a unei situaţii sau a unei probleme (Varescon, Camart, Gérard şi Detilleux, 2005).

Pe de altă parte, mai multe studii au arătat că subiecţii care suferă de stres posttraumatic şi de alte sindroame aflate în legătură cu un eveniment traumatizant trăit în copilărie prezintă o probabilitate ridicată de a dezvolta o toxicomanie. În 2003, Medrano şi colaboratorii săi au încercat să identifice gradul şi tipul de maltratare din timpul copilăriei, suferinţa psihologică putând fi asociată cu abuzul de substanţe (Medrano, Hatch, Zule şi Desmond, 2003). Severitatea formelor de maltratare pe parcursul copilăriei este direct asociată cu suferinţa psihologică, putând explica, de asemenea, utilizarea repetată a substanţelor pentru a reduce această stare de suferinţă, mai ales în cazul femeilor (Comfort, Sockloff, Loverro şi Kaltenbach, 2003; Kanterdahl, Burge şi Kellog, 2005; Tucker, D'Amico, Wendel, Golinelli, Elliot şi Williamson, 2005). Astfel, a fost scoasă clar în evidenţă legătura între diagnosticul de stres posttraumatic, căutarea alinării suferinţei şi consumul problematic de substanţe.

Consumul de substanţe ar permite adaptarea la o realitate internă, favorizând temporar uitarea stării de rău. În acest sens, adicţia poate fi considerată o formă de adaptare la stres. Însă folosirea substanţelor psihoactive poate, de asemenea, să genereze şi să întreţină stresul. Subiecţii sunt prinşi, atunci, într-un cerc vicios în care consumul iniţial, având drept obiectiv liniştirea unei stări de tensiune interioară, determină, în cele din urmă, amplificarea consumului (Véléa, 2005; Varescon, 2006).

Factori de protecţie

Factorii de protecţie sunt consideraţi moderatori ai riscului şi ai vicisitudinii. Potrivit lui Rutter (1990), factorii de protecţie permit reducerea efectului unei situaţii de risc şi, astfel, evitarea repercusiunilor negative ale riscului asupra individului. La fel ca factorii de vulnerabilitate, factorii de protecţie au naturi diferite, în special individuale şi de mediu. Majoritatea studiilor întreprinse pe această temă acordă importanţă cu precădere factorilor

psihoafectivi şi psihosociali care favorizează capacitatea de adaptare a subiectului, capacitatea sa de a traversa experienţe personale mai mult sau mai puţin dureroase. Astfel, a fost semnalată existenţa unui anumit număr de factori determinanţi implicaţi în rezistenţa faţă de folosirea drogurilor.

Factorii asociaţi persoanei

Mai multe studii insistă asupra unui anumit număr de calităţi psihologice individuale, precum stima de sine, încrederea, cunoaşterea şi dezvoltarea propriilor domenii de excelenţă, achiziţia abilităţilor sociale, capacitatea de a alege şi a deveni autonom, o bună capacitate de a rezolva problemele, strategii de adaptare eficiente, adoptarea unui model adult cumpătat, neconsumator de substanţe, un nivel de inteligenţă ridicat, capacitatea de a se implica în diverse domenii de activitate (Reynaud şi alţii, 2005; Morel şi Couteron, 2008).

Factorii legaţi de mediu

Un simţ intens de participare la viaţa familială şi implicarea în aceasta, adică sentimentul de a fi un membru care contează pentru întreg grupul familial şi de a avea o susţinere familială adaptată, ar constitui factori de protecţie (Kumpfer şi Bluth, 2004). Dar şi apartenenţa la o reţea socială de neconsumatori ar fi o redută de nădejde împotriva adicţiei. Într-un mod mai general, implicarea într-un grup în care persoana ar avea un rol, ar căpăta un sentiment de apartenenţă la comunitatea la ale cărei valori ar adera, ar favoriza o recunoaştere care constituie un puternic mijloc de protecţie.

Astfel, identificarea factorilor de protecţie se înscrie pe deplin în studiul factorilor determinanţi implicaţi în procesul rezilienţei. Ei permit, pe de o parte, depistarea abilităţilor subiecţilor de a face faţă situaţiilor de viaţă dificile fără să fi recurs la substanţe şi, pe de altă parte, mai buna înţelegere a mecanismelor de întrerupere a toxicomaniei şi de menţinere a abstinenţei în cazul celor care au devenit dependenţi (Varescon, 2007).

Dacă factorii socioculturali, situaţionali şi de mediu sunt determinanţi pentru experimentarea şi iniţierea consumului de substanţe psihoactive, factorii psihologici, biologici şi psihiatrici, la rândul lor, joacă un rol preponderent în abuz şi dependenţă. Cunoaşterea factorilor de vulnerabilitate se justifică prin stabilirea măsurilor de prevenţie, dar aceşti factori constituie, totodată, elemente importante de diagnostic şi prognostic, întrucât sunt în

acelaşi timp atât factori de risc pentru dezvoltarea unui consum problematic, cât şi indicatori ai gravităţii consumului. Ar fi iluzoriu să credem că am putea elimina toţi factorii de risc legaţi de apariţia unei dependenţe. Singura cale posibilă şi realistă este studierea resurselor fiecărei persoane, pentru a o ajuta să facă faţă adversităţilor. Factorii de protecţie permit nu numai cunoaşterea resurselor subiectului, pentru a face faţă conduitelor de dependenţă, ci constituie şi factori ai unui bun prognostic, atunci când unii dintre ei sunt întâlniţi la subiecţii consumatori. Ei favorizează astfel reziliența, ameliorând stima de sine şi crescând sentimentul autoeficienţei.

Cunoaşterea factorilor de vulnerabilitate şi protecţie permite, pe de o parte, adoptarea unei atitudini preventive mai vigilente faţă de persoanele cele mai fragile şi, pe de altă parte, luarea în considerare a tendinţelor individuale şi de mediu, în scopul adaptării metodelor şi oferirii unor modalităţi de ajutor persoanelor dependente de substanţe.

Cunoştinţe actuale despre reziliența în cazul adicţiilor

Conform Ionescu şi Jourdan-Ionescu (2006), reziliența poate fi înţeleasă în diverse moduri, pornind de la trei noţiuni: abilitatea, rezultatul şi procesul. Reziliența poate fi abilitatea de a se dezvolta în plan psihologic, în ciuda apariţiei de evenimente şi situaţii potrivnice, sau abilitatea de a se adapta într-un context defavorabil şi de a-şi reveni în urma unor conjuncturi de viaţă dificile. Reziliența poate fi considerată, de asemenea, rezultatul adaptativ fără prezenţa tulburărilor mentale, în pofida situaţiilor deosebit de propice dezvoltării unor astfel de tulburări. În cele din urmă, reziliența poate fi definită ca un proces provenit din interacţiunea subiectului cu mediul şi cu factorii de protecţie care sunt consideraţi, prin urmare, moderatori ai riscului şi ai adversităţii.

Ultima accepţiune, reziliența înţeleasă ca *un proces cu scop adaptativ*, corespunde mai bine, după opinia noastră, realităţii clinice a patologiilor dependenţei şi ne ajută să înţelegem în acelaşi timp declanşarea şi dispariţia lor. Mai precis, caracteristicile comune persoanelor reziliente pot fi clasificate în trei grupe. În prima sunt incluse predispoziţiile persoanei înseşi, în a doua, ale mediului şi în a treia, ale interacţiunilor dintre individ şi mediul său.

De câţiva ani susţinem ideea potrivit căreia conduitele adictive pot fi considerate în anumite privinţe strategii de adaptare la dificultăţile vieţii, fie ele individuale sau asociate mediului. Desigur, datorită efectului magic al

produsului consumat, adicția anulează toate lipsurile, răul fizic și psihologic, perturbările imaginii de sine și dificultățile interpersonale. Persoana dependentă de substanțe psihoactive atribuie adicției unul sau mai multe roluri legate de capacitatea sa de a înfrunta evenimentele și relațiile interpersonale.

Astfel, studiind legătura dintre reziliență și adicție, propunem, din 2005, trei moduri de interpretare posibile:

- primul este acela de a considera adicția drept un *eșec al procesului de reziliență*. Individul nu a găsit resursele necesare pentru a depăși dificultățile întâlnite, fie ele individuale și/sau de mediu. Așadar, persoanele care dezvoltă o adicție ca urmare a situațiilor dificile sau a traumelor nu sunt reziliente. Adicția lor reprezintă, cu siguranță, eșecul rezilienței, de vreme ce alții, traversând evenimente de aceeași natură, nu au dezvoltat vreo adicție. Câteva cercetări au încercat să clarifice diferențele dintre aceste persoane. De exemplu, anumite studii au încercat să evidențieze variabilele care deosebesc femeile reziliente de femeile dependente de substanțe, toate victime ale abuzului sexual (Dufour și Nadeau, 2001);
- al doilea consideră adicția o *formă paradoxală de reziliență*, concepută ca o etapă necesară continuării vieții. Consumul de substanțe ar deveni atunci rezilienta față de ceva mai rău și ar fi un fel de cârjă necesară pentru înfruntarea vieții (Didier, 2003);
- al treilea se referă la *persoanele care au renunțat la adicție*. Într-un prim moment, adicția este înțeleasă ca o tentativă de adaptare. Apoi, într-un al doilea moment, cel mai adesea după câțiva ani de consum, subiectul dorește să oprească dependența de substanțele psihoactive. Poate debuta o perioadă de reziliență față de conduita adictivă. Se pune problema reluării vieții, în lipsa dependenței de substanțe (Varescon, 2005).

Studiul asupra stopării dependenței pornește, în esență, de la trei întrebări fundamentale: De ce întrerup consumul? De unde își extrag aceste persoane forța? Cum poate fi continuată viața în lipsa dependenței de substanțe psihoactive?

Din discursul persoanelor dependente care doresc să-și depășească adicția, transpar conștientizarea și voința de schimbare. Motivația schimbării este strâns legată de evaluarea conduitei adictive din perspectiva costuri/beneficii. Astfel, autori precum Cunningham, Sobell, Gavin, Sobell și Breslin (1997) au propus un instrument de evaluare a motivației de schimbare în cazul

consumului de alcool şi droguri, pornind de la o listă prestabilită a costurilor şi beneficiilor. Consumatorii ne spun: „Am ajuns la fund: dacă nu urc înapoi, sunt un om mort", ceea ce am putea traduce folosind cuvintele lui Pédinielli (2006): „moartea sau reziliența". Energia disperării provoacă la anumite persoane o motivaţie a schimbării care se manifestă în forme şi prin mijloace variate. Perioada postconsum, considerată drept o nouă etapă de viaţă, poate permite persoanei să integreze consecinţele dificultăţilor întâmpinate anterior.

În momentul de faţă, se consideră că factorii sociali şi de mediu explică cel mai bine mecanismele rezilienţei în cazul persoanelor dependente (Blomqvist şi Cameron, 2002). Factorii individuali este nevoie să mai fie studiaţi. Rămân de explorat numeroase axe de studiu. Pentru a lua doar un exemplu, să-l citãm pe acela al gestionării emoţiilor. Se admite în mod general că perturbările emoţionale participă la dezvoltarea conduitelor adictive. De exemplu, prevalenţa alexitimiei în calitate de concept multidimensional (caracterizat prin incapacitatea de identificare şi exprimare verbală a propriilor emoţii şi de deosebire a lor de senzaţiile corporale; prin limitarea vieţii imaginare; prin recurgerea la acţiune pentru a evita conflictele sau exprimarea emoţiilor şi prin gândul cu conţinut pragmatic) este ridicată în conduitele de dependenţă, aşa cum am menţionat în paragraful consacrat factorilor de vulnerabilitate. Se ştie, de asemenea, că în momentul întreruperii consumului de substanţe şi al menţinerii abstinenţei, dificultatea de reglare a emoţiilor şi de control al impulsurilor constituie un risc de recădere deloc de neglijat (Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper şi Sinha, 2007).

Emoţiile reprezintă adevăraţi indicatori ai stării de bine sau de rău a persoanei şi au un efect direct asupra calităţii vieţii. În cadrul adicţiilor, componentele elementare ale emoţiilor, adică plăcerea-neplăcerea şi activarea sunt acelea care vor fi influenţate de consumul de substanţe. Ce se petrece, atunci, în cazul persoanelor dependente care încep un proces de reziliență? Dacă perturbările emoţionale constituie factori de vulnerabilitate pentru dezvoltarea şi menţinerea adicţiilor, cum poate fi înţeles rolul lor în întreruperea administrării de substanţe şi în continuarea abstinenţei? Poate fi insinuat că reziliența este imposibilă în lipsa accesului la o formă de reglare emoţională?

Este foarte probabil ca studierea simultană a modurilor de exprimare a emoţiilor, a factorilor predispoziţionali şi situaţionali şi a procesului de schimbare să aducă elemente de răspuns. În cele din urmă, definiţia remisiei la consumatorii de substanţe psihoactive necesită o precizare: fie se caracterizează prin abstinenţa totală, fie printr-o revenire la un consum moderat.

Renunţarea fără tratament la dependenţa de substanţe psihoactive

Primele cercetări publicate asupra rezilienţei în domeniul adicţiilor s-au ocupat cu precădere de viitorul şi evoluţia copiilor ai căror părinţi, în special mama, prezentau o adicţie. În orice caz, focalizarea pe rezilienţa copiilor aminteşte că viitorul şi dezvoltarea lor nu sunt condiţionate în mod univoc de efectele adicţiei părinţilor lor. Dacă aceste studii denotă în mod indiscutabil un interes pentru acordarea celui mai competent ajutor copiilor implicaţi, ele dovedesc, totodată, un interes redus acordat consumatorilor, ei înşişi dependenţi.

În acelaşi timp, din 1968, autori precum Les Drew sau, un deceniu mai târziu, Lee Robins, Heltzer, Hesselbrock şi Wish (1980) atrăgeau atenţia asupra faptului că există persoane care renunţă la adicţie fără să fi recurs la vreun tratament sau să fie înscrise în vreun program clasic. Această constatare este şi acum adevărată: dacă anumite persoane dependente solicită ajutorul profesioniştilor din domeniul sănătăţii, altele pun capăt adicţiei lor fără să fi recurs la structuri de asistenţă. O serie de termeni din limba engleză sunt folosiţi pentru a traduce această modalitate de a depăşi adicţiile. Astfel, mai mult de zece termeni anglo-saxoni acoperă cu aproximaţie acest fenomen, dintre care îi vom reproduce aici pe cei principali, întâlniţi în bazele de date bibliografice: *spontaneous remission* (remisie spontană), *auto-remission* (autoremisie), *self-change* (autoschimbare), *natural resolution* (rezolvare naturală), *maturing out* (maturizare), *burning out* (epuizare), *spontaneous recovery* (însănătoşire spontană), *natural recovery* (însănătoşire naturală), *untreated remission* (remisie netratată), *untreated recovery* (însănătoşire netratată), *self-quitters* (autorenunţare), *spontaneous resolution* (rezolvare spontană).

În Franţa, interesul pentru renunţarea la dependenţe fără a urma vreun tratament este de dată mai recentă. Termenii care o descriu sunt „remisie naturală", „vindecare spontană" sau „maturizare" care corespund, aşa cum am precizat anterior, ameliorării stării unei persoane în absenţa tratamentului, evoluţiei în timp a traseului său de persoană dependentă, finalizată prin oprirea consumului problematic (Prins, 1995; Castel, 1999).

În domeniul dependenţei de alcool, remisia naturală este definită în felul următor: „Pentru a fi considerat în remisie naturală, un dependent de alcool nu trebuie să mai prezinte criteriile de dependenţă ale DSM-IV de cel puţin un an. Caracterul «natural» sau «spontan» al remisiei este dat de absenţa

oricărei intervenții terapeutice specifice, în general participarea la un program de asistență ambulatorie sau rezidențială sau orice ajutor psihoterapeutic venit din partea vreunui profesionist. Participarea la un grup de întrajutorare este considerată de unii autori drept tratament în adevărata accepțiune a cuvântului și de alții, drept lipsă a tratamentului." (INSERM, 2003).

Fie că se vorbește despre remisie naturală sau despre vindecare spontană, acești termeni definesc o schimbare a obiceiului de consum — adică, individul nu mai este dependent, conform criteriilor de diagnostic recunoscute — realizată fără a recurge la vreun ajutor profesionist sau la un grup de întrajutorare pentru o anumită perioadă. În privința duratei acestei schimbări nu există un consens. Totodată, o perioadă de remisie de cinci ani este considerată relativ stabilă (Klingemann și Klingemann, 2008). În ceea ce ne privește, reținem termenul „renunțare fără tratamentul dependențelor". Este necesar să definim, în continuare, ce înțelegem prin tratament. După Acier, Nadeau și Landry (2008), tratamentul cuprinde toate intervențiile unui individ sau ale unui program recunoscut, al căror obiectiv principal este tratarea persoanelor cu probleme de consum de substanțe. Printre acestea se numără centrele sau serviciile care se ocupă de adictologie, grupurile de întrajutorare, terapeuții liber-profesioniști etc. Dar introducerea grupurilor de întrajutorare este încă discutabilă, datorită, în special, absenței profesioniștilor din aceste grupuri.

Principalele elemente explicative ale remisiei naturale sunt gradul mai puțin sever de dependență, capacitatea cognitivă de evaluare a avantajelor și inconvenientelor unei schimbări de comportament, ca și susținerea socială, consumarea experienței adictive, raportarea la vârstă (întrucât, îmbătrânind, legătura de dependență se modifică), teama de riscuri, modificarea circumstanțelor, o delăsare interioară (Castel, 1999; Klingemann și Sobell, 2007).

Acier *et al.* (2008) scot în evidență trei metaprocese care determină un individ să renunțe la dependență: sănătatea și consecințele consumului asupra sănătății; evaluarea consumului din perspectiva costuri/beneficii; consecințele negative ale consumului asupra vieții persoanelor (probleme relaționale, sociale etc.).

Chiar dacă pe această temă sunt publicate din ce în ce mai multe studii, în majoritate anglo-saxone, ele nu duc la stabilirea unui consens care ar permite înțelegerea ansamblului mecanismelor ce sunt puse în joc în remisia fără tratament. Traseele schimbării sunt numeroase și eterogene, la fel cum sunt și traseele consumului. Totuși, putem susține că depășirea adicțiilor fără tratament rezultă dintr-o combinare a anumitor factori negativi precum

problemele fizice, psihice, sociale şi profesionale şi a unor factori pozitivi de schimbare, precum conştientizarea simţului responsabilităţii, descoperirea şi interesul pentru noi relaţii sociale, o înclinaţie către spiritualitate, o atracţie faţă de religie etc. (Cloud şi Grandfield, 1994; 2001). Noţiunea de rezilienţă permite clarificarea acestor aspecte şi, de asemenea, adoptarea unui alt punct de vedere asupra adicţiei.

Nu trebuie subliniate numai motivele pentru care o persoană va dezvolta o dependenţă, ci şi capacităţile individului de a profita de pe urma experienţei adictive. Din punct de vedere pozitiv, rezilienţa scoate în evidenţă abilităţile subiectului de a depăşi situaţiile dificile, contextul şi condiţiile existenţiale nefavorabile. Prin urmare, aspectele dinamice şi optimiste ale procesului rezilienţei permit prevenţia sau chiar restabilirea după o perioadă de adicţie.

Rezilienţa asistată în domeniul adicţiilor

Pentru a depăşi adicţia, anumite persoane vor avea nevoie de un ajutor suplimentar (a nu se confunda cu asistenţa), care se poate manifesta sub diferite forme. Este ceea ce poate fi numit rezilienţă asistată. Spre deosebire de rezilienţa naturală, care atestă un proces fără intervenţia profesioniştilor, rezilienţa asistată se sprijină pe cunoştinţele referitoare la factorii de rezilienţă identificaţi deja şi la factorii de protecţie, pentru a le aplica în cazul persoanelor cărora le sunt necesare. Conform Ionescu şi Jourdan-Ionescu (2006), rezilienţa asistată se sprijină în principal pe patru caracteristici: dezvoltarea potenţialului persoanelor aflate în situaţie de risc, depistarea resurselor existente în anturajul persoanei, programele de prevenţie, strategiile de intervenţie de tip maieutic.

Dacă majoritatea subiecţilor dependenţi de substanţe psihoactive avansează drept principal motor al schimbării rolul factorilor deteminanţi intrapersonali, toţi adaugă importanţa susţinerii sociale (partener, membru al familiei, prieten) pentru abilitatea lor de schimbare (Blomqvist şi Cameron, 2002). Astfel, a fost susţinută de către foştii consumatori importanţa prezenţei unui „tutore" de rezilienţă. Ajutorul preţios acordat de un tutore de rezilienţă are la bază disponibilitatea acestuia şi accesibilitatea sa. Presupunându-se că este familiarizat cu patologia dependenţei, adesea el nu este tributar statutului profesional al celui care oferă ajutor. Se află acolo pentru a acompania persoana pe drumul său de viaţă, la un moment dat, neavând alt scop decât

a o ajuta să-şi însuşească resursele de care dispune pentru a atinge obiectivele pe care ea însăşi şi le-a fixat.

Investirea acestei persoane permite subiectului să se elibereze de legătura cu produsul pentru a investi în legătura cu celălalt, să se deschidă în faţa lumii şi să se simtă susţinut. Este, de exemplu, rolul jucat de membrii grupului de întrajutorare, care pare să-şi dovedească eficienţa în cadrul unei rezilienţe asistate (Ionescu, 2004). Aceste grupuri au avantajul de a fi extrem de accesibile, necostisitoare şi, după cum se ştie în prezent, pot ajuta subiectul să obţină starea de abstinenţă şi să o menţină. Din 1995, Levy, Gallmeier şi Wiebel vorbeau despre un program bazat pe ajutorul semenilor pentru consumatorii desocializaţi, astfel încât să poată beneficia de rezilienţa asistată: *Outreach-assisted peer-support model* (OAPS). Au fost publicate şi alte modele. De exemplu, *Addiction Trauma Recovery Integrated Model* (ATRUIM), care se bazează pe patru principii: recunoaşterea şi întărirea rezilienţei, obţinerea abstinenţei, recunoaşterea şi modificarea acelei situaţii care nu a putut proteja subiectul de adicţie, crearea unor legături veritabile între viaţa acestuia şi obiectivele sociale.

Tot ceea ce poate permite facilitarea procesului de autoevaluare (de exemplu, intervenţiile scurte), ajutarea persoanelor să-şi fixeze obiective de schimbare realiste, luarea în considerare a contextului de viaţă al persoanelor, a susţinerii lor sociale, denotă rezilienţă asistată (Tubman, Wagner, Gil şi Pat, 2002).

Rezilienţa asistată nu este o practică nouă. Un mare număr de centre de primire şi/sau rezidenţiale reprezintă cel mai adesea un minunat suport al rezilienţei asistate. Prin disponibilitatea gazdelor, acestea constituie una dintre primele verigi ale procesului de rezilienţă.

Toate aceste aspecte ale rezilienţei asistate trebuie luate în considerare şi studiate în continuare. Avem interesul de a înţelege mai bine aportul grupurilor de autoajutorare sau de ajutorare, de a studia rolul comunităţilor terapeutice şi, în cele din urmă, rolul susţinerii familiale şi relaţionale în procesul de deconstrucţie a legăturii de dependenţă faţă de substanţe.

A se baza pe ceea ce persoana consideră a fi cel mai bine pentru nevoile sale înseamnă a accepta că se poate învăţa din proprie experienţă. A crede în autoeficienţa persoanei de atingere a propriilor scopuri înseamnă a-i recunoaşte forţele şi resursele. Studiile asupra persoanelor care au reuşit să renunţe la dependenţă fără a fi recurs la tratamentul obişnuit atestă credinţa că au în ele însele abilităţile necesare pentru a-şi depăşi adicţia. A se centra pe competenţele fiecăruia ridică din nou problema anumitor caracteristici

precum neputința și lipsa de control, adesea generalizate la întregul grup de consumatori dependenți (Burman, 1997).

Citind acest capitol, nu ar trebui să ne imaginăm că renunțarea la dependență este liniară. Fie că se întâmplă printr-o reziliență naturală, fie printr-o reziliență asistată, se pune problema recăderilor, atât de frecvente în domeniul adicțiilor. Putem vorbi, atunci, de întreruperea rezilienței dacă avem de-a face cu o recădere în cazul unei persoane care dorește să-și depășească dependența? Răspunsul nu poate fi decât nuanțat. Se știe prea bine că anumite persoane, în cazurile cele mai severe, după ce au renunțat la adicție timp de câțiva ani, redevin dependente. În schimb, pentru altele, reluarea consumului problematic de substanțe nu semnifică întotdeauna un eșec al procesului de reziliență. Reluarea consumului de substanțe poate fi considerată „o pauză" în procesul de reconstrucție. Fiecare etapă de abstinență sau de consum controlat, asociată unei perioade resimțite de persoană ca o stare de bine, indiferent de durata sa, ameliorează capacitatea individului de a face față situațiilor riscante dacă, bineînțeles, dorința sa este de a scăpa de dependență.

Atunci, de când putem începe să vorbim de reziliență pe termen lung? Raportarea la produse nu poate fi singurul criteriu. De exemplu, abstinența de la un produs nu împiedică consumul altor substanțe și nu semnifică neapărat o ameliorare a calității vieții subiectului. Trebuie deci ca persoana să fi regăsit un sens al existenței sale, să profite de perioada adicției pentru a învăța să se cunoască mai bine, cu alte cuvinte, să înțeleagă motivele instalării dependenței și depășirii sale, pentru a continua să se dezvolte sau pentru a se reînscrie pe un traseu de viață fără dependență.

Necesitatea de a întreprinde studii comparative asupra grupurilor de subiecți care fie au beneficiat de tratamente clasice sau de un ajutor de tipul grupului de autosusținere, fie nu au avut niciun fel de asistență și/sau ajutor — luând în considerare relația lor cu produsul/produsele: abstinență sau consum controlat — pare a fi un drum promițător pentru a înțelege mai bine mecanismele care le deosebesc. Mărturia persoanelor implicate rămâne singura sursă de abordare a mecanismului complex al procesului de reziliență naturală sau asistată.

În loc de concluzie...

Mult timp, psihopatologia s-a focalizat în principal asupra tulburărilor, tratamentelor medicale și tehnicilor psihoterapeutice propuse, lăsând la o parte

procesele şi resursele provenite de la persoana însăşi. Dacă nu poate fi negat faptul că anumite persoane care prezintă o adicţie la substanţele psihoactive necesită începerea unui tratament psihologic şi/sau medical în funcţie de tipul de adicţie, de severitatea sa şi de eventuala comorbiditate, noţiunea de reziliență nu este departe de a invita la crearea unei alte perspective asupra adicţiei.

În prezent, principalii factori de vulnerabilitate faţă de dezvoltarea unor conduite adictive, ca şi factorii de protecţie, încep să fie bine cunoscuţi. Se ştie, de asemenea, că modalităţile de tratament propuse persoanelor care solicită ajutor nu sunt întotdeauna eficiente. Cu siguranţă, există mai multe căi pentru a întrerupe adicţia. Toate formele de rezilienţă asistată aduc resurse suplimentare şi uneori complementare tratamentelor mai clasice şi nu trebuie neglijate sub pretextul că nu ar face parte din schemele clasice de tratament.

Am sugerat o apropiere între adicţie şi rezilienţă în ceea ce priveşte adaptarea, sprijinindu-ne pe noţiunea de proces. Adicţia îi permite subiectului să se adapteze, nu să se dezvolte. Pentru cei care o doresc, rezilienţa asistată este un ajutor dat subiecţilor în scopul de a găsi sau regăsi resursele necesare depăşirii dificultăţilor întâlnite, fie ele individuale sau de mediu. În orice caz, riscul, atunci când vorbim de rezilienţă, este să ne mulţumim cu ceea ce afişează persoana — nu mai consumă, şi-a reluat viaţa socială. Ea este singura care poate să ne spună cum îşi percepe reconstrucţia. Tomkiewicz (2001) ne amintea că rezilienţa nu corespunde întotdeauna criteriilor de valoare sau de reuşită socialmente acceptabile...

„A fi propriul sclav este cea mai penibilă dintre sclavii", ne spunea Seneca. Atunci, trebuie luat în considerare tot ceea ce permite unui individ dependent să-şi dezvolte resursele personale ce lucrează spre binele său, chiar dacă aceasta ne zdruncină percepţia despre ajutor şi îngrijire.

Bibliografie

Acier, D., Nadeau, L. şi Landry, M. (2008), La rémission sans traitement: état de la question pour une consommation problématique d'alcool, *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 166, p. 727–734.

Anthony, E. (1980), *L'enfant à haut risque psychiatrique*, Paris, PUF.

Blomqvist, J. şi Cameron, D. (2002), Mooving away from addiction: Forces, processes and contexts, *Addiction Research and Theory*, vol. 10, nr. 2, p. 115–118.

Booth, B., Sullivan, G., Koegel, P. şi Burnam, A. (2002), Vulnerability factors for homelesness associated with substance dependence in a community sample of homeless adults, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 28, nr. 3, p. 429–452.

Burman, S. (1997), The challenge of sobriety: Natural recovery without treatment and self-help groups, *Journal of Substance Abuse*, vol. 9, p. 41–61.

Castel, R. (1999), *Les sorties de la toxicomanie*, Fribourg, Éditions Universitaires.

Cloninger, R.C. (1998), Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults, *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, vol. 12, p. 494–505.

Cloud, W. şi Granfield, R. (1994), Natural recovery from addictions: Treatment implications, *Addictions Nursing*, vol. 6, p. 112–116.

Cloud, W. şi Granfield, R. (2001), Natural recovery from substance dependency: Lessons for treatment providers, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, vol. 1, nr. 1, p. 83–104.

Comfort, M., Sockloff, A., Loverro, J. şi Kaltenbach K. (2003), Multiple predictors of substance-abusing women's treatment and life outcomes. A prospective longitudinal study, *Addictive Behaviours*, vol. 28, nr. 2, p. 199–224.

Corcos, M., Flament, M. şi Jeammet, P. (2003), *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologique communes*, Paris, Masson.

Cunningham, J., Sobell, L.C., Gavin, D.R., Sobell, M.B. şi Breslin, F.C. (1997), Assessing Motivation for Change: Preliminary development and evaluation of a scale measuring the costs and benefits of changing alcohol and drug use, *Psychology of addictive behaviors*, vol. 11, nr. 2, p. 107–114.

Cyrulnik, B. (2001), *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob.

De Graaf R., Bijl R., Ten Have M., Beekman A. şi Vollebergh W. (2004), Pathways to comorbidity: The transition of pure mood, anxiety and substance use disorders into comorbid conditions in a longitudinal population-based study, *Journal of Affective Disorders*, vol. 82, nr. 3, p. 461–467.

Didier, B. (2003), Facteurs de résilience dans les toxicodépendances, *Psychotropes*, vol. 9, nr. 1, p. 61–76.

Dom, G., Hulstijn, W. şi Sabbe, B. (2006), Differences on impulsivity and sensation seeking between early and late onset alcoholics, *Addictive Behaviors*, vol. 31, nr. 2, p. 298–308.

Drew, L. (1968), Alcoholism as a self-limiting disease, *Quaterly Journal of Studies on Alcohol*, vol. 29, p. 956–967.

Dufour, M. şi Nadeau, L. (2001), Sexual abuse: A comparison between resilient victims and drug-addicted victims, *Violence and Victims*, vol. 16, nr. 6, p. 655–672.

Farges, F. (2000), Dépendance, abus, usage, în P. Angel, D. Richard şi M. Valleur (coord.), *Toxicomanies*, Paris, Masson, p. 16–22.

Farges, F., Corcos, M., Speranza M., Loas, G. şi Perez-Diaz F. (2004), Alexithymie, dépression et toxicomanie, *L'Encéphale*, vol. 33, nr. 3, p. 201–211.

Fox, H.C., Axelrod, P., Paliwal, J., Sleeper, J. şi Sinha, R. (2007), Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 89, p. 289–301.

Goeders, N. (2003), The impact of stress on addiction, *European Neuropsychopharmacology*, vol. 13, p. 435–441.

INSERM (2003), *Alcool. Dommages sociaux. Abus et Dépendance*, Expertise collective, Paris, INSERM.

Ionescu, S. (2004), Prefață, în J. Lecomte (coord.), *Guérir de son enfance*, Paris, Odile Jacob, p. 11–16.

Ionescu, S. şi Jourdan-Ionescu C. (2006), La psychopathologie comme processus: vulnérabilité et résilience, în S. Ionescu şi A. Blanchet (coord.), *Nouveau cours de psychologie clinique et psychopathologique* (volum coordonat de M. Montreuil şi J. Doron), Paris, PUF, p. 133–157.

Kanterdahl, D., Burge, S. şi Kellog, N. (2005), Predictors of development of adult psychopathology in female victim of childhood sexual abuse, *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 193, nr. 4, p. 258–264.

Khantzian, E.J. (1985), The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence, *American Journal of Psychiatry*, vol. 142, p. 1259–1264.

Klingemann, H. şi Klingemann, J. (2008), L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire? La rémission naturelle et les systémes de traitement, *Psychopotropes*, vol. 14, nr. 3–4, p. 111–126.

Klingemann, H. şi Sobell, L. C. (2007), *Promoting self-change from addictive behaviours. Practical implications for policy, prevention and treatment*, New York, Kluwer.

Kumpfer, K. şi Bluth, B. (2004), Parent/child transactional processes predictives of resilience or vulnerability to „substance abuse disorder", *Substance Use and Misuse*, vol. 39, nr. 5, p. 671–698.

Levy, J.A., Gallmeier, C.P. şi Wiebel, W.W. (1995), Outreach Assisted Peer-Support Model for Controlling Drug Dependency, *Journal of Drug Issues*, vol. 25, nr. 3, p. 507–529.

Marshal, M. şi Molina, B. (2006), Antisocial behaviours moderate the deviant peer pathway to substance use in children with attention deficit hyperactivity disorder, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 35, nr. 2, p. 216–226.

Medrano, M., Hatch, J.P., Zule, W. şi Desmond, D. (2003), Childhood trauma and adult prostitution behavior in a multiethnic heterosexual drug-using population, *American Journal Drug Alcohol Abuse*, vol. 29, nr. 2, p. 463–486.

Morel, A. şi Couteron, J.L. (2008), *Les conduites addictives: comprendre, prévenir, soigner*, Paris, Dunod.

Pédinielli, J.L. (2006), Mort et résilience, în B. Cyrulnik şi Ph. Duval (coord.), *Psychanalyse et résilience*, Paris, Odille Jacob, p. 27–44.

Piazza, P. şi Le Moal, M. (1998), The role of stress in drug self-administration, *Trends Pharmacology Sciences*, vol. 19, p. 67–74.

Prins, E.H. (1995), *Maturing out: An empirical study of personal histories and processes in hard-drug addiction*, Assen, Van Gorcum şi col.

Reynaud, M., Bailly, D. şi Venisse, J.-L. (2005), *Médicine et additions*, Paris, Masson.

Robins, L., Heltzer, J., Hesselbrock, M. şi Wish, E. (1980), Vietnam veterans three years after Vietnam: how our study changed our view of heroin, în L. Brill şi C. Winick (coord.), *The yearbook of Substance Use and Abuses II*, New York, Human Sciences Press.

Rutter, M. (1990), Psychosocial resilience and protective mechanisms, în J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nüchterlein şi S. Weintraub (coord.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 181–214.

Tomkiewicz, S. (2001), L'émergence du concept, în M. P. Poilot (coord.), *La résilience: le réalisme de l'espérance*, Paris, Fondation pour l'enfance, Erés, p. 45–66.

Tubman, J., Wagner, E.F., Gil, A.G. Şi Pat, K.N. (2002), Brief motivational intervention for substance-abusing delinquent adolescents: Guided self-change as a social work practice innovation, *Health/Social Work*, vol. 27, p. 208–212.

Tucker, J., D'Amico, E., Wendel, S., Golinelli, D., Elliott, M. şi Williamson, S. (2005), A prospective study of risk and protective factors for substance use among impoverished women living in temporary shelter settings in Los Angeles County, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 80, nr. 1, p. 35–43.

Varescon, I. (2005), *Psychopathologie des conduites addictives: alcoolisme et toxicomanie*, Paris, Belin.

Varescon, I. (2006), Le rôle du stress dans les addictions aux substances psychoactives: l'alcoolisme et la toxicomanie, 2006, în G. Chasseigne, *Stress, Santé, Société*, Reims, Presses Universitaires de Reims, p. 43–69.

Varescon, I. (2007), Les addictions, în S. Ionescu şi A. Blanchet (coord.), *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie*, Paris, PUF, „Nouveau cours de psychologie", p. 159–167.

Varescon, I., Camart, N., Gérard, C. şi Detilleux, M. (2005), Événements de vie et stratégies de coping chez les sujets consultant pour leur problématique alcoolique, *Alcoologie et Addictologie*, vol. 27, nr. 2, p. 85–91.

Véléa, D. (2005), Stress et addiction, în M. Reynaud, D. Bailly şi J.L. Venisse (coord.), *Médecine et addictions*, Paris, Masson, p. 69–78.

Verheul, R. (2001), Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders, *European Psychiatry*, vol. 16, p. 274–282.

Zuckerman, M. (1983), Sensation seeking: The initial motive for drug abuse, în E. Gottheil, K. Druley, T. Skoloda şi H. Waxman (coord.), *Etiological aspects of alcohol and drug abuse*, Springfield, Charles C. Thomas, p. 112–119.

XI.

Rezilienţa asistată în serviciul unei senectuţi frumoase

Colette Aguerre

Senectutea umană: mituri şi realitate

De mai multe decenii, speranţa de viaţă este într-o creştere continuă, iar îmbătrânirea populaţiei occidentale tinde să se accentueze şi mai mult în anii care vor urma[1]. Această creştere constantă a longevităţii reprezintă o perspectivă îmbucurătoare în plan individual, dacă senectutea nu este sinonimă cu naufragiul. Într-adevăr, la ce bun să forţăm limitele existenţei umane dacă nu suntem în măsură să trăim din plin ultimii ani ai vieţii noastre? Totul depinde, de fapt, de felul în care înţelegem noi îmbătrânirea. Aceasta poate fi imaginată ca un fenomen înspăimântător, împotriva căruia trebuie să luptăm, mai degrabă decât ca o realitate gestionabilă.

Ideea potrivit căreia individul este principalul agent al îmbătrânirii sale şi pe tot parcursul vieţii îi sunt oferite posibilităţi de dezvoltare este actualmente susţinută de un număr uriaş de lucrări care se focalizează asupra identificării particularităţilor psihologice ale indivizilor care par să îmbătrânească frumos (a se citi, de exemplu, Aguerre, 2002, 2004, Aguerre şi Boufard, 2003, pentru o analiză a subiectului în limba franceză)[2]. Datele provenite din literatură ne învaţă, mai ales în această privinţă, că declinul capacităţilor fizice

---

[1] Speranţa de viaţă a francezilor este, în prezent, de 77,6 ani pentru bărbaţi şi 84,5 ani pentru femei. Conform ultimelor anticipări realizate de Insee (Robert-Bobée, 2006), din 2017 mai mult de o persoană din patru (25,2%) va avea 60 de ani sau mai mult, iar din 2030 mai mult de trei din zece (30,2%) persoane vor avea peste 60 de ani. Persoanele în vârstă de 80 de ani şi mai mult vor constitui cu certitudine o parte mai mare din populaţia franceză în anul 2030 (7,2% în comparaţie cu 4,5% în prezent).

[2] În prezent este folosit termenul polisemantic de *îmbătrânire reuşită*, pentru a desemna traseul lor evolutiv particular. Unii autori preferă să-l numească îmbătrânire *fericită, optimă, productivă, sănătoasă, înalt funcţională* sau *robustă*.

și cognitive nu este ineluctabil, că persoanele în vârstă nu sunt neapărat atât de depresive pe cât ne-am putea aștepta, ținând seama de stresul la care sunt supuse, și că se arată tot atât de satisfăcute ca și cele tinere de viața pe care o duc, chiar mai satisfăcute, conform anumitor studii. Aceste diferite constatări pozitive sugerează faptul că indivizii care îmbătrânesc nu suportă în mod obligatoriu torturile vârstei, că le stă în putere să întreprindă acțiuni care să le limiteze pierderea progresivă a capacităților.

În capitolul de față vom sublinia importanța valorizării unui anumit tip de resurse (individuale și de mediu), pentru îndeplinirea cu bine a acestei sarcini. În final, vom propune intervenții clinice menite să promoveze o „senectute frumoasă", încurajând persoanele în vârstă să (re)devină agenții propriei dezvoltări. Vom vedea, în special, cum pot fi ajutați să-și construiască și să-și gestioneze mai bine bagajul de resurse adaptative, ale căror particularități și modalități de utilizare odată cu înaintarea în vârstă le vom detalia în continuare.

Rolul tot mai important jucat de resurse pe parcursul dezvoltării

Dezvoltarea umană este concepută acum ca un proces treptat și neîntrerupt, de la naștere și până la moarte (Goulet și Baltes, 1970), care capătă forme foarte diferite, în funcție de vârsta indivizilor. În general, nu putem să nu constatăm că mizele adaptative se multiplică semnificativ odată cu vârsta, în timp ce mijloacele de a le gestiona au, simultan, tendința de a se diminua. Pe măsură ce individul îmbătrânește, mai multe resurse sunt alocate menținerii și reglării pierderilor (Baltes, 1987). Datorită acestei inversări a raportului de forțe, îmbătrânirea apare ca un factor de vulnerabilizare dacă rezervele adaptative se dovedesc insuficiente și/sau inadaptate pentru a răspunde solicitărilor momentului. Astfel, persoanele în vârstă trebuie să aibă grijă să-și adapteze stocul de resurse la nevoile adaptative și să încerce să le utilizeze competent și creativ, efectuând alegeri strategice corecte.

Precizăm, înainte de a merge mai departe, că termenul de *resursă* poate la fel de bine să includă, conform lui Hobfoll (2002), atuurile personale ale indivizilor (bună sănătate fizică, capacități cognitive, bună stimă de sine, bun sprijin relațional etc.), ca și mijloacele de care dispun pentru a-și procura aceste atuuri (stare financiară bună, susținere afectivă, recunoaștere din partea celor asemenea lor etc.). Poate fi vorba de resurse individuale sau de

mediu[1], elementare sau compuse[2], distale sau proximale. Rezultă, conform datelor provenite din literatura de specialitate (compilate de Hobfoll, 2002) că două categorii de resurse vor fi cu precădere prețioase la senectute: un sentiment puternic de autoeficiență personală, o atitudine evident optimistă față de existență și o susținere socială de calitate.

Greenglass (2002) subliniază mai clar deosebirea dintre trei mari categorii de resurse ce pot fi exploatate de către persoanele în vârstă: resursele numite *interioare*, pe de o parte, relevând predispoziții sau înclinații psihologice și, pe de altă parte, resursele numite *exterioare*, care contribuie în manieră contextuală la sporirea stării lor de bine. Un puternic sentiment de autoeficiență este, de exemplu, o resursă *interioară* care permite crearea unei imagini pozitive asupra viitorului, cu condiția unei înclinații marcate către optimism. Convingerea fundamentală de a fi, în general, la originea a ceea ce ni se întâmplă (*locul intern al controlului*), sau ideea că viața continuă să ofere oportunități interesante de creștere, sunt două credințe sănătoase care stau la baza unei atitudini *proactive* față de riscurile existenței.

Staudinger *et al.* (1993, 1995) subliniază, la rândul lor, importanța faptului de a deține două calități princeps: mai întâi *plasticitatea*, care permite adaptarea cu flexibilitate la situațiile stresante, facilitând învățarea unor lucruri noi și, pe de altă parte, *restaurarea*, care poate fi definită drept capacitatea de a recăpăta și menține comportamente adaptative după un declin sau o incapacitate tranzitorie cauzată de un eveniment perturbator (după o boală gravă, de exemplu)[3].

Baltes (1987) deosebește, la rândul său, două mari tipuri de capacități: *capacitățile de rezervă elementare*, la care individul apelează de obicei pentru a-și atinge performanțele maxime, și *capacitățile de rezervă de dezvoltare*, latente, care trebuie activate prin intermediul învățării și consolidate prin exercițiu. Această clasificare sugerează că identificarea și exploatarea resurselor nu sunt în mod necesar simple, astfel încât este nevoie uneori de asistență psihologică pentru a le revela și a le utiliza într-un mod mai eficient.

---

[1] De exemplu, o susținere socială de calitate este un atu important pentru menținerea unei bune sănătăți în plan somatic (Berkman & Syme, 1979).

[2] Anumite resurse protectoare prezintă mai multe fațete și deci o mare complexitate, precum *sentimentul de coerență* al lui Antonovski (1985), care determină perceperea factorilor de stres ca pe ceva inteligibil, controlabil și purtător de sens. La fel, conceptul de robustețe psihică propus de Kobasa (1979) se caracterizează totodată printr-o puternică implicare, un sentiment ridicat de responsabilitate, capacitatea de a oferi sens experiențelor trăite, un puternic sentiment de control asupra situațiilor stresante și o anumită înclinație către provocări.

[3] Astfel, *restaurarea* apare ca un caz particular al *plasticității*.

Care sunt celelalte caracteristici ale acestor resurse? Menționăm, înainte de toate, că unele dintre ele sunt plurifuncționale (Steverink *et al.*, 2005). Emoțiile pozitive, de exemplu, favorizează rezistența la stres și totodată accelerează procesul ulterior de restabilire, facilitând reconstituirea stocului de resurse disponibile (Ong *et al.*, 2004, 2006). Relațiile sociale constituie și ele o resursă prețioasă, oferindu-le indivizilor susținere afectivă și materială, ca și un sentiment de apartenență (Thoits, 1986). Aceste exemple ne arată, pe de altă parte, că anumite resurse merg adesea bine împreună[1], ceea ce poate contribui la multiplicarea binefacerilor lor separate (prin efectul sinergiei întăritoare), generând efecte pozitive în cascadă. Prezentându-se ca o sursă potențială de emoții pozitive care facilitează abordarea situațiilor stresante (Carstensen, 1992), susținerea socială poate, de exemplu, să joace rolul asistenței pentru adaptare (Thoits, 1986). Efectele sale protectoare asupra stării de sănătate sunt cu atât mai evidente la subiecții în vârstă capabili să anticipeze cu seninătate riscurile existenței[2] (Greenglass *et al.*, 2006).

În același timp, a nu miza decât pe o singură resursă se dovedește a fi foarte riscant. De exemplu, văduvia antrenează uneori o bruscă diminuare a susținerii afective, dificil de compensat apoi (Steverink *et al.*, 2005). Recurgerea exclusivă la anumite resurse poate, pe de altă parte, să anuleze efectul protector al altora. Cu precădere pierderea unei ființe dragi poate reactiva o mare nevoie de control, care va împiedica punerea în funcțiune a unui proces salutar de acceptare a morții. Este mai bine deci ca paleta de resurse disponibile să fie bogată și variată, pentru a putea fi utilizată cu parcimonie și flexibilitate. Eventualul deficit al anumitor resurse va putea fi contracarat astfel prin recurgerea la alte resurse, mai abundente, uneori de un cu totul alt tip. Cu titlu de exemplu, persoanele vârstnice care observă diminuarea capacităților lor fizice au tendința de a recurge la tot felul de șiretlicuri și de strategeme pentru a-și salva autonomia (Schäfer *et al.*, 2006). Or, a face apel la inteligență pentru a compensa pierderile funcționale necesită mari eforturi cognitive, nu neapărat încununate de succes. Un mijloc mai sigur și mai puțin costisitor de a-și dezvolta capacitățile fizice este acela de a efectua cu regularitate activități sportive adaptate (Schäfer *et al.*, 2006).

Observăm, în mod inevitabil, că rolul protector al resurselor nu se datorează numai volumului lor, ci mai ales modului în care indivizii le folosesc.

---

[1] O bună stimă de sine este, de exemplu, asociată unor sentimente puternice de autoeficiență și unei rețele sociale susținătoare.

[2] Ne referim aici la adoptarea unei adaptări *proactive*, ale cărei principale caracteristici și binefaceri le vom descrie mai târziu.

(Jopp și Smith, 2006). O altă modalitate bună de a nu-și risipi energia este aceea de a nu răspunde la orice exigență adaptativă, structurându-și activitățile în jurul unui pol restrâns de obiective atent selecționate, în funcție de prioritățile existențiale ale momentului. Aceasta explică parțial de ce indivizii devin, îmbătrânind, mai selectivi la nivel relațional, preferând să cultive câteva relații deja stabilite, decât să-și cheltuiască energia încercând să lege unele noi (Carstensen, 1992). La fel de posibilă pare a fi blocarea pierderii progresive a propriilor capacități, menținând totodată un sentiment de autoeficiență, prin transferarea experienței asupra unor noi obiective realizabile (de exemplu, foștii sportivi se reconvertesc profesional devenind antrenori sau jurnaliști sportivi).

Invers, o gestionare ineficientă a stresului poate epuiza în mod nefericit stocul resurselor disponibile, interzicând totodată utilizarea sa în alte scopuri utile (cerc vicios și neproductiv). Menționăm mai ales că persoanele în vârstă care nu pun suficient în practică măsurile preventive necesare pentru a evita confruntarea cu situații stresante în viitor (adaptare *proactivă*) ajung să fie constrânse să facă importante eforturi adaptative pentru a gestiona aceste situații atunci când apar inopinat (adaptare *reactivă*). Prin urmare, sunt mai puțin apte să urmărească obiective pe care le consideră importante sau să se dedice unor activități plăcute, dragi lor (Aspinwall și Taylor, 1997).

Care este utilitatea exactă a acestor resurse? Conform lui Thoits (1994), principalul lor rol este acela de a gestiona eficient situațiile stresante (optimism, bună stimă de sine, susținere socială de calitate etc.), mai precis de a le controla (sentiment de autoeficiență, loc intern al controlului etc.). Această utilitate protectoare este, oricum, relativă, întrucât depinde de posibilitățile de dezvoltare care se oferă indivizilor în funcție de vârsta lor (Marsiske și Baltes, 1995). În mod teoretic, resursele pot servi la atingerea a trei obiective adaptative diferite, mai mult sau mai puțin antagoniste:

— un obiectiv de *creștere*, care trebuie abandonat treptat, pe măsură ce individul îmbătrânește (în lumina declinului natural al rezervelor individuale);
— un obiectiv de *conservare a resurselor* (care trebuie să primeze odată cu înaintarea în vârstă, pentru a prezerva capacitățile de renaștere psihologică a indivizilor);
— un obiectiv de *reglare a pierderilor* (care, treptat, trebuie să devină și el prioritar).

În concluzie, subiecţii tineri pot aspira în mod legitim să devină mai performanţi, datorită posibilităţilor de creştere care li se oferă (având în vedere depozitul important de resurse de care dispun), în timp ce persoanele vârstnice trebuie mai degrabă să vegheze la menţinerea intactă a nivelului lor obişnuit de competenţe şi/sau la conservarea gradului lor obişnuit de activitate (din cauza pierderii progresive a resurselor lor; Staudinger şi Kunzmann, 2005), ceea ce poate fi considerat un semn de *rezilienţă*, atunci când este atins (Aguerre, 2004; Cappeliez şi Aguerre, 2006).

Precizăm că prin *rezilienţă* înţelegem capacitatea unei persoane vârstnice de a-şi menţine starea psihologică de bine în circumstanţe de viaţă adverse (Staudinger şi Kunzmann, 2005; Ryff şi Singer, 1998), ajungând să modereze impactul nociv pe care îl exercită evenimentele stresante asupra stării sale de sănătate fizică şi psihică (rol tampon al resurselor, numit *buffer effect*). Această concepţie asupra *rezilienţei* este valabilă în principal pentru circumstanţe de viaţă obişnuite, care pot pune la grea încercare capacităţile de rezistenţă la stres ale indivizilor, atunci când intervin grijile cotidiene.

Conform lui Wagnild (2003), principalele resorturi de rezilienţă la femeile în vârstă ar fi: aptitudinea de a merge înainte în ciuda obstacolelor întâlnite, posibilitatea de a se simţi în mare măsură eficiente, puterea de a-şi conştientiza unicitatea, capacitatea de a-şi privi critic existenţa şi de a-i conferi un sens. Colerick (1985) remarcă, la rândul său, că indivizii îmbătrânesc mai frumos atunci când recunosc că schimbările vieţii legate de vârstă sunt inevitabile, când sunt convinşi că obstacolele întâlnite sunt surmontabile şi iau pierderile şi schimbările ca pe nişte probe care trebuie trecute, mai curând decât ca pe nişte ameninţări. A căpăta un nivel de instruire mai ridicat decât media indivizilor şi a consacra o bună parte din timpul său activităţilor culturale şi caritabile ar constitui în aceeaşi măsură un atu adaptativ valoros.

Dar, dacă luăm resursele doar ca pe factori de *rezilienţă* ce permit traversarea cu brio a dificultăţilor întâlnite, ele par a putea fi exploatate într-o modalitate moderat creativă, în măsura în care posibilităţile de evoluţie personală par relativ restrânse. Astfel, mai mulţi autori împărtăşesc ideea potrivit căreia resursele indivizilor vârstnici pot fi, de asemenea, puse în serviciul creşterii şi dezvoltării lor personale (Staudinger şi Kunzmann, 2005). De altfel, această modalitate utilitară nu se mai înscrie în cadrul unei problematici de supravieţuire şi/sau performanţă, sprijinindu-se pe o logică pur matematică (dorind ca profiturile obţinute să egaleze cel puţin pierderile acumulate), ci mai

curând în registrul unui proces transformațional, propice dezvoltării unei anumite forme de înțelepciune[1].

În acest al doilea caz, procesul de schimbare este condus de o motivație intrinsecă[2], sprijinită pe o puternică nevoie de autodeterminare. Miza nu este aici de a menține cu orice preț competențele dobândite anterior, ci mai ales de a urmări o metamorfoză psihologică și spirituală, în care sunt puse în discuție prioritățile existențiale și sistemul de valori ale individului. În lumina acestei logici, dragostea de aproape poate deveni un vector de schimbare psihologică mai puternic decât o căutare hedonistă urmărind un scop exclusiv individualist. Suferința inerentă condiției umane poate, la rândul ei, să fie depășită, fiind considerată un agent potențial (și nu o condiție indispensabilă...) al transformării psihologice. Îmbătrânirea este concepută, aici, ca vectorul unui proces de individuare și de personalizare (Staudinger și Kunzmann, 2005), datorită prețioaselor învățături existențiale pe care le oferă (Tornstam, 1997).

Să vedem, acum, pe ce ipoteze teoretice se sprijină demersurile clinice care vizează stimularea dezvoltării persoanelor vârstnice, indiferent care ar fi finalitatea ei evolutivă.

Fundamentele teoretice ale rezilienței asistate la persoanele vârstnice

Conform modelului elaborat de Rowe și Khan (1998), o îmbătrânire *reușită* rezultă din combinarea a trei factori: un risc scăzut de apariție a bolilor susceptibile de a genera o pierdere a autonomiei, menținerea unui angajament social de calitate și păstrarea unui înalt nivel de funcționare în plan cognitiv și psihic. Pornind de acolo, ei preconizează adoptarea unui stil de viață activ la senectute, pentru a evita îmbolnăvirea gravă (favorizând, de exemplu, depistarea și tratamentul precoce al anumitor patologii), declinul inexorabil al anumitor capacități (exersându-le în mod regulat) și împuținarea continuă a rețelei sociale (întreținând relațiile cu ceilalți). Aceste aserțiuni corelează cu observațiile clinice realizate asupra persoanelor depresive și/sau atinse de

---

[1] Pentru Baltes și Staudinger (2000), starea de înțelepciune se caracterizează esențialmente prin fine abilități cognitive, necesitând cunoștințe factuale și procedurale, o înțelegere a pertinenței unui context, un relativism al valorilor și priorităților existențiale, ca și recunoașterea imposibilității de cunoaștere a consecințelor unei decizii asupra vieții unei alte persoane.

[2] Este vorba, conform Ryan și Deci (2000), de o motivație care nu este impusă de cerințele de mediu, care condiționează activități liber alese (numite *autotelice*).

dureri cronice, arătând că restricționarea activității este, totodată, o consecință și un factor de perpetuare a proastei lor stări de sănătate (Williamson, 2002)[1].

Într-adevăr, se constată într-un mod ineluctabil că o activitate fizică adaptată poate menține starea de sănătate și autonomia persoanelor vârstnice, ameliorând în mod deosebit funcționarea cardiovasculară, limitând reducerea masei musculare, crescând rezistența fizică, întreținând suplețea ligamentelor și conservând echilibrul (ceea ce permite evitarea căderilor). Pe de altă parte, aceasta este o bună metodă de combatere a hiperponderalității și a principalilor săi asociați nocivi (hipertensiune, colesterol ridicat, diabet etc.), dar, desigur, și de a întări eficient apărările imunitare și de a ridica pragul toleranței la stres. Conform Warburton *et al.* (2007), activitatea fizică reprezintă o garanție a longevității, în măsura în care reduce în mod considerabil riscul de a dezvolta peste 25 de boli cronice cu risc letal (boli cardiovasculare, cancer, osteoporoză etc.), a căror probabilitate de apariție crește semnificativ odată cu vârsta. O metaanaliză, combinând rezultatele a 36 de studii, atestă cu precădere beneficile aduse stării de bine a persoanelor în vârstă, exceptate fiind semnele de demență (Netz *et al.*, 2005). Chiar și aceia care par să le manifeste ar putea avea avantaje reobișnuindu-se cu efortul fizic (de exemplu, ar fi suficiente 15–20 de minute de mers zilnic), potrivit unei recente treceri în revistă a literaturii de specialitate (Mechling, 2008).

Exercițiile aerobice, de intensitate moderată și crescută, practicate cu regularitate, s-ar dovedi deosebit de benefice odată cu vârsta (Netz *et al.*, 2005). Foarte probabil, vor contribui la regenerarea capacităților cognitive slăbite, favorizând oxigenarea creierului. Vor contribui totodată din punct de vedere psihologic, reinstaurând sentimentul de eficiență personală în privința capacităților fizice restante (Netz *et al.*, 2005). Pe lângă aceste observații pozitive, mai multe organisme naționale (de exemplu, Institutul canadian de cercetare a condiției fizice și a modului de viață) și internaționale (de exemplu, Organizația Mondială a Sănătății) urmăresc în prezent promovarea activității fizice în rândul persoanelor în vârstă, prin desfășurarea unor acțiuni motivatoare. Drept exemplu, citățm:

— programul *Elderobics*, înființat în anul 1979 de un medic cardiolog (dr. Georges Sheedan), care se adresează persoanelor cu vârsta peste 60 de ani (testat cu succes în Halifax, Noua Scoție);

---

[1] În schimb, ele nu acordă deloc importanță aspirațiilor spirituale ale persoanelor în vârstă, care ar merita, conform anumitor autori, să fie mai mult luate în considerare pentru a da un plus de sens eforturilor adaptative desfășurate de acestea (Williamson, 2002).

— programul de exerciţii *Strong-for-Life*[1], conceput pentru a fi efectuat la domiciliu, cu ajutorul unui suport video, 35 de minute pe zi timp de şase luni, elaborat de Jette *et al.* în 1999;
— programul *Fitness Arthritis and Seniors Trial*, format din exerciţii fizice special adaptate persoanelor care suferă de artroza genunchiului.

O activitate cognitivă, cu grijă adaptată şi suficient susţinută, poate, în paralel, să contracareze pierderile de memorie cauzate de vârstă, cu condiţia ca acestea să nu fie provocate de un proces demenţial. O viaţă socială relativ bogată şi pe deplin satisfăcătoare, poate, la rândul ei, să constituie o sursă potenţială de susţinere afectivă, instrumentală şi informativă în perioadele dificile (Ryan şi Deci, 2000). Activităţile de petrecere a timpului liber încurajează, pe de altă parte, dezvoltarea emoţiilor pozitive şi autodevenirea. Acţiunile semnificative în plan personal, sprijinite de eforturi întreprinse intenţionat, sunt probabil acelea care favorizează într-o mai mare măsură dezvoltarea fizică şi psihică a seniorilor, oferindu-le ocazii pentru a da un sens propriei vieţi. Voluntariatul este cu precădere o modalitate judicioasă de a-şi valoriza competenţele şi de a trăi un sentiment de utilitate transmiţându-şi cunoştinţele şi experienţa generaţiilor viitoare (Ranzijn, 2002). Acest tip de activitate poate contribui în mare măsură la întărirea stimei de sine şi la consolidarea sentimentului de apartenenţă a subiecţilor vârstnici.

Brandschädter *et al.* (2002) pun mai curând accentul asupra faptului că, pe măsură ce îmbătrânesc, indivizii sunt din ce în ce mai mult confruntaţi cu evenimente incontrolabile, mai exact cu pierderi iremediabile. Cu toate acestea, persoanele vârstnice ar reuşi să păstreze un sentiment de control asupra propriei existenţe şi o bună stimă de sine, în ciuda dificultăţilor adaptative la care sunt supuşi. Această capacitate de a tolera riscurile vârstei poate fi considerată conform autorilor citaţi o dovadă de *reziliență*, mobilizând două procese principale:

— mai întâi, un proces de *asimilare*, care limitează, previne sau atenuează pierderile asociate vârstei, prin activităţi instrumentale în domenii care favorizează stima de sine şi sentimentul de identitate;
— un proces de *acomodare*, pe de altă parte, prin care obiectivele personale şi autoevaluările asociate (sentimentul de eficienţă personală percepută, de exemplu), sunt reajustate în funcţie de posibilităţile de acţiune ale indivizilor.

---

[1] Pentru aceasta, consultaţi site-ul www.bu.edu/roybal.

Cu alte cuvinte, vârstnicii știu că, revizuindu-și obiectivele inițiale și raportându-și capacitățile adaptative la limita minimă, evită inconvenientele ulterioare. Pe scurt, ei își dau seama că devine mai avantajos pentru ei să *conlucreze* cu dificultățile întâmpinate (*adaptare flexibilă la scopuri*), decât să încerce să se *confrunte* cu ele cu orice preț (*urmărire tenace a scopurilor*). Conform acestei perspective, calitatea îmbătrânirii depinde în mare parte de alegerile strategice efectuate anterior pentru a menține sau a dobândi un anumit nivel de competență față de potențialul adaptativ disponibil.

Modelul de *optimizare selectivă cu compensare* (SOC) propus de P.B. Baltes și M.M. Baltes (1990) subliniază mai curând existența a trei metastrategii care vor sprijini în mod deosebit îmbătrânirea frumoasă, permițând limitarea și/sau compensarea deteriorărilor asociate vârstei: *selecția*, *optimizarea* și *compensarea*:

- *selecția* (S) este o reducere, deliberată sau nu, a numărului de obiective urmărite sau a numărului de activități practicate, pentru (re)focalizarea energiei asupra unor noi scopuri sau priorități, mai adaptate cerințelor adaptative care apar la bătrânețe;
- *optimizarea* (O) constă în perfecționarea strategiilor la care s-a recurs, pentru o mai bună atingere a obiectivelor urmărite sau pentru a excela în domeniile de activitate alese;
- *compensarea* (C) se referă la folosirea unor strategii alternative pentru atingerea scopurilor fixate, cu condiția de a putea conta pe cele la care se recurge în mod obișnuit[1].

Modelul SOC stipulează că persoanele vârstnice conștiente de slăbirea propriilor resurse (biologice, psihologice și sociale) reduc cu bună știință gama și nivelul activităților pe care le efectuează în mod obișnuit într-o manieră competentă, astfel încât să-și conserve la maximum rezervele adaptative (Baltes și Baltes, 1990; Marsiske *et al.*, 1995). Conform acestei perspective, o îmbătrânire de calitate se traduce printr-o minimalizare a deteriorărilor provocate de vârstă (strategie de *compensare*), cuplată cu o maximizare a resurselor (strategii de *selecție* și *optimizare*), pentru a reduce decalajul dintre aspirațiile

---

[1] Cercetătorii citează exemplul lui Arthur Rubenstein, pianist talentat, care și-a urmat cariera până la o vârstă de peste 80 de ani. Pentru a-și contrabalansa memoria nesigură și pierderea dexterității, Rubenstein și-a redus numărul de piese din repertoriu și a continuat să cânte. Degetele sale nemaiputând parcurge claviatura tot atât de repede ca în trecut, și-a încetinit mișcările lente pentru a accentua contrastul dintre ritmurile lente și cele rapide.

personale și evantaiul posibilităților de moment, țintind spre o anumită formă de echilibru (conservarea achizițiilor). Altfel spus, individul care îmbătrânește trebuie, *ca un bun tată de familie*, să gestioneze cu atenție resursele de care dispune (cu discernământ și la momentul oportun, cu parcimonie și flexibilitate etc.) și să caute, totodată, să le dobândească și/sau să le dezvolte pe acelea care ar putea, eventual, să-i lipsească (resurse fizice, cognitive, sociale). Tabelul 1 precizează în ce manieră obiectivele vizate sunt intenționat fixate și cum este posibilă optimizarea eficienței artificiilor desfășurate pentru a le atinge, atenuând cu promptitudine pierderea resurselor adaptative cauzată de îmbătrânire.

Recomandările trasate în acest tabel se sprijină pe principiul potrivit căruia persoana vârstnică este în mare parte responsabilă de calitatea îmbătrânirii sale. Acest postulat nu exclude totuși posibilitatea de a fi ajutată punctual de apropiați și chiar de personalul specializat din domeniul sănătății. Cei din urmă pot ajuta persoana vârstnică să-și recapete încrederea în capacitățile sale de a face față și chiar să regăsească în ea înseși soluțiile optime pentru noile probleme întâmpinate. Vom preciza acum modalitățile de acompaniament psihologic al persoanelor vârstnice doritoare să preia (din nou) frâiele existenței lor.

Tabelul 1. Sugestii clinice decurgând din modelul teoretic al Optimizării selective cu compensare, după Freund și Baltes, 1996 (traducerea și adaptarea în limba franceză realizate de Colette Aguerre)

Selecția obiectivelor urmărite	**Optimizarea** mijloacelor desfășurate pentru obținerea obiectivelor vizate	**Compensarea** lipsei de resurse necesare pentru atenuarea pierderilor și abandonarea anumitor obiective
• Identificarea obiectivelor cheie • Ierarhizarea obiectivelor cheie • Focalizarea asupra unuia sau mai multor obiective • Eventuala căutare a unor noi obiective cheie • Angajamentul de a-și urmări obiectivele cheie • Luarea în calcul a contextului	• Focalizarea atenției asupra obiectivelor cheie • Desfășurarea eforturilor • Crearea disponibilității (timp eliberat) • Antrenament (exercitarea regulată a competențelor) • Achiziția unor noi competențe sau resurse • Identificarea persoanelor vârstnice care îmbătrânesc frumos	• Întărirea vigilenței • Intensificarea eforturilor defășurate • Crearea unei disponibilități crescute • Utilizarea capacităților sau resurselor latente până atunci neexploatate • Achiziția unor noi competențe sau noi resurse

• Încercarea de a corela obiectivele cheie cu posibilităţile de dezvoltare oferite	• Întărirea motivaţiei intrinseci	• Identificarea cu persoane vârstnice care compensează cu succes • Solicitarea unor persoane „resurse" • Recurgerea la o susţinere psihologică

Particularităţi ale intervenţiilor clinice destinate vârstnicilor, care decurg din aceste consideraţii teoretice

Astăzi sunt relativ numeroase acţiunile preventive destinate promovării sănătăţii fizice a persoanelor vârstnice sau prevenirii apariţiei unor patologii somatice prin reducerea anumitor factori de risc implicaţi (Morley, 2002). De exemplu, Fries (1989) a fost unul dintre primii care au preconizat adoptarea măsurilor salutare pentru sănătate (activitate fizică, alimentaţie echilibrată, abstinenţă alcoolică şi tabagică, o bună complianţă la tratament etc.) cu titlu preventiv.

Mai exact, Kate Lorig şi colaboratorii săi propun, de câţiva ani deja, cu precădere în Statele Unite şi Canada, un program de autogestionare a poliartritei reumatoide[1], comportând şase şedinţe a câte două ore (eşalonate pe parcursul a şase săptămâni) care tratează maniera în care diverse probleme inerente acestei patologii pot fi gestionate de către persoana însăşi (dureri, stare depresivă, izolare etc.). Această abordare standardizată deţine numeroase avantaje (diminuarea notabilă a intensităţii dureroase şi, cu precădere, a depresiei), atât pe termen scurt, cât şi pe un termen mai mult sau mai puţin lung (Lorig şi Holman, 1993). Efectele sale pozitive pot fi atribuite lărgirii repertoriului personal de strategii de confruntare (cognitive şi comportamentale), dar de asemenea, şi mai ales, întăririi sentimentului de eficienţă personală, care s-a dovedit a fi un atu primordial în gestionarea cu succes a durerii cronice.

La ora actuală, abordările cele mai revoluţionare se înscriu într-o altă logică: ele urmăresc în mod special să promoveze starea de bine a persoanelor vârstnice, mai degrabă decât să le trateze problemele de sănătate somatică

[1] Ne referim aici la *Arthritis Self-management Program* (AIMS) sau *Programme d'Initiative Personelle contre l'Arthrite* (PIPA), cum este numit în Canada.

şi/sau să le uşureze suferinţa psihologică. Ele se bazează cu precădere pe ideea că o sănătate bună nu se rezumă la absenţa bolilor şi/sau handicapurilor[1], ci corespunde, mai curând, *unei stări depline de bine, în acelaşi timp fizice, psihice şi sociale*, aşa cum, de altfel, o susţine deschis *Organizaţia Mondială a Sănătăţii* încă din 1946[2]. Conform conceptualizărilor realizate de Ryff (1995), aceste abordări deosebesc şase factori cheie ai stării de bine: acceptarea de sine necondiţionată, deţinerea unei oarecare autonomii, sentimentul de a fi stăpânul propriei vieţi, întreţinerea unor bune relaţii cu ceilalţi, urmărirea unor obiective îndrăgite şi, *in fine*, aspiraţia către autodezvoltare. Pornind de acolo, ele urmăresc să întărească sentimentul de control al indivizilor asupra evenimentelor care îi afectează, să facă astfel încât să se accepte aşa cum sunt, să le favorizeze creşterea personală, să confere un sens mai amplu propriei lor existenţe, să-i ajute să-şi menţină autonomia şi să lege relaţii armonioase cu ceilalţi.

În cazul vârstnicilor, trebuie observat că rolul psihologului este în principal acela de a-i ajuta să capete *empowerment*[3], adică sentimentul (mai mult sau mai puţin realist...) că îşi pot controla propria existenţă desfăşurând acţiunile şi/sau luând deciziile care se impun (Waters şi Goodman, 1990). Menţionăm că uneori persoanele vârstnice pot fi cu uşurinţă motivate să se implice şi să-şi asume responsabilităţi. A le lăsa posibilitatea să-şi aleagă meniul sau să-şi decoreze pe placul lor camera la azilul de bătrâni este, de exemplu, un mijloc relativ simplu de a le menţine starea de sănătate actuală şi viitoare (Langer şi Rodin, 1976). Facilitarea accesului la propriile date biomedicale şi descifrarea acestora sunt şi ele adesea importante, vârstnicii devenind astfel capabili să-şi gestioneze starea de sănătate în cunoştinţă de cauză şi într-o modalitate relativ competentă[4]. După opinia noastră, este bine ca alianţele terapeutice să fie consolidate, în paralel, de către *aparţinători*, pentru ca acestea să fie transformate în veritabili parteneri în procesul de îngrijire.

În general, întreţinerea reţelei relaţionale trebuie să facă obiectul unei atenţii susţinute, pentru a evita izolarea. Alţi factori-cheie ai unei evoluţii pozitive, nespecifici unei orientări teoretice anume, precum o atitudine empatică şi

---

[1] Cum ar putea mai ales sugera modelul îmbătrânirii reuşite propus de Rowe şi Kahn (1998).

[2] Această definiţie a sănătăţii figurează în preambulul statutului *Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii*, care a fost adoptat la Conferinţa Internaţională despre Sănătate susţinută la New York între 19 iunie şi 22 iulie 1946 şi la care au participat reprezentanţii a 61 de state.
De menţionat că termenul englezesc *empowerment* îşi are originea etimologică în latinescul *potere*, care înseamnă *putere*, mai ales în sensul de *potenţial*.

[4] Expresia *health literacy*, care este uneori tradusă prin *alfabetizare în domeniul sănătăţii*, desemnează capacitatea de a utiliza într-o manieră competentă informaţia medicală şi serviciile de sănătate.

autentică, plină de speranță, cultivarea optimismului și promovarea sentimentului de responsabilitate, sunt, de asemenea, tot mai mult luați în considerare la nivel clinic în vederea unei utilizări optime a resurselor indivizilor (Seligman, 2002).

Observăm că primele încercări terapeutice de creștere a stării de bine au fost făcute în cazul indivizilor tratați în prealabil pentru tulburări de anxietate și/sau depresive, în vederea ameliorării substanțiale și durabile a calității vieții acestora (în faza de remisie), dar și a reducerii semnificative a riscului unei viitoare recăderi și/sau recidive (Fava, 1999; Fava și Ruini, 2003). De atunci, mai multe lucrări au fost consacrate modalităților de promovare a stării de bine în cazul vârstnicilor (Ronch și Golffield, 2003; Hill, 2005 și 2008).

Din punct de vedere clinic, travaliul întreprins este axat în mod esențial asupra identificării factorilor protectori, individuali și sociali (trăsături de personalitate salutare, sprijin disponibil, experiențe anterioare reușite, strategii de adaptare operante etc.), mai degrabă decât asupra reperării vulnerabilităților sau factorilor de risc, fără a eluda totuși eventuala existență a unei suferințe psihologice. Se urmărește conservarea unei bune stări de sănătate, atât din punct de vedere fizic, cât și psihic (Vaillant, 2004). Mai rar, contribuie la obținerea unei forme de seninătate sexuală și conjugală (Trudel *et al.*, 2008[1]), și chiar la încurajarea progresului existențial și spiritual (Wong, 1989, 2000; Parker *et al.*, 2002).

Încercările terapeutice focalizate pe aspectele pozitive ale modului de funcționare al persoanelor vârstnice rămân încă oarecum periferice în zilele noastre, deși un număr tot mai mare de publicații se angajează să le sublinieze particularitățile și avantajele (Pinquart și Sörensen, 2001; Ranzijn, 2002; Williamson, 2002; Vaillant, 2004; Scheibe *et al.*, 2009). Se sprijină, în genere, pe abordările teoretice centrate pe resurse (*resources-based approaches*) sau pe forțe[2]

---

[1] Programul *Viață conjugală și bătrânețe frumoasă* (*Marital life and aging well program*), propus de Trudel *et al.* (2008) în cadrul unei pregătiri pentru pensionare, vizează optimizarea funcționării conjugale și sexuale a cuplurilor în vârstă, acționând preventiv asupra dificultăților relaționale și comunicaționale pe care le pot întâmpina îmbătrânind. Această intervenție psihoeducativă, de orientare cognitiv-comportamentală, cuprinde 12 ședințe a câte două ore propuse unor grupuri mici (formate din cel mult patru, cinci cupluri) și animate de doi intervenienți (un bărbat și o femeie). Aceste întâlniri nu sunt menite să trateze dificultățile relaționale și/sau sexuale deja existente, ci mai mult să amelioreze relațiile conjugale și sexuale ale proaspeților pensionari. Testat pe aproximativ patruzeci de cupluri vârstnice, acest program pare promițător pentru menținerea vie a dorinței sexuale a seniorilor.

Forțele sunt predispoziții psihologice care favorizează dezvoltarea și maturizarea psihologică a indivizilor, socialmente dezirabile și valorizate în toate culturile și în toate epocile, promovate de toate religiile și toate eticile, dorite de părinți pentru nou-născuții lor și constituind apanajul

(*strenghts-based approaches*), servind drept fundament conceptual terapiilor numite *pozitive* (*positive therapies*). Acestea din urmă mizează pe atuurile indivizilor, pe care le plasează în centrul metodei terapeutice care le este destinată, argumentând că mobilizarea resurselor personale rămâne, *in fine*, cea mai puternică pârghie de schimbare a arsenalului terapeutic disponibil (Seligman, 2002).

Aceste terapii ale stării de bine se înscriu adesea într-o perspectivă profilactică, centrată pe prevenţia *primară* (orientată către prevenirea apariţiei tulburărilor), *secundară* (orientată către identificarea precoce a primelor manifestări ale tulburărilor) sau *terţiară* (orientată către împiedicarea agravării sau reapariţiei tulburărilor, adică a recidivelor), care contribuie la prezervarea resurselor. Ele urmăresc încurajarea *autonomiei*, adică a aptitudinii de a-şi purta singur de grijă şi de a se salva în caz de necesitate, fără ajutorul altcuiva (Van Rillear, 2000). Observăm că entuziasmul colosal pe care îl suscită de câtva timp curentul provenit din *psihologia pozitivă*[1] (Seligman şi Csikszentmihalyi, 2000), atât în rândul cercetătorilor şi al clinicienilor cât şi al publicului general, a contribuit în mare măsură la reînnoirea interesului faţă de potenţialităţile indivizilor şi la exploatarea lor optimă prin intermediul unor acţiuni terapeutice focalizate, urmărind stimularea şi/sau menţinerea dezvoltării lor psihice.

În cazul persoanelor vârstnice, este vorba cel mai adesea de intervenţii semistructurate (cu o temă de reflecţie abordată în fiecare şedinţă), mai curând scurte (cel mult 20 de şedinţe), centrate pe căutarea de soluţii (mai curând decât de probleme), propuse în mod obişnuit unor mici grupuri de persoane vârstnice (având în medie cinci, zece membri), moderate de doi animatori: un specialist în sănătate psihică şi/sau fizică (psiholog, psihiatru, reumatolog etc.) şi o persoană care a urmat deja programul şi care vorbeşte despre avantajele sale. Este foarte probabil ca factorul de grup să potenţeze eficacitatea acestor

---

indivizilor consideraţi exemplari sau eroi ai mitologiilor cu care muritorii aspiră să se identifice (Cottraux, 2007).

[1] *Psihologia pozitivă* este o ştiinţă şi totodată un demers practic orientat spre urmărirea unui dublu obiectiv (Seligman şi Csikszentmihalyi, 2000). Ea vizează în primul rând încurajarea studiului ştiinţific al resurselor psihologice şi al capacităţilor adaptative ale indivizilor, concurând la menţinerea şi/sau ameliorarea stării lor de sănătate mentală şi somatică, dar şi a stării lor de bine şi a calităţii vieţii, pentru a-i ajuta să dezvolte anumite talente şi/sau calităţi. Ea încurajează *in fine* elaborarea intervenţiilor clinice susceptibile de a optimiza dezvoltarea, progresul şi reziliența psihologică a fiinţelor umane. Este interesată de sănătatea psihică, dar şi de cea somatică, atât a tinerilor cât şi a adulţilor, de dimensiunea comportamentală şi de cea cognitivă, de circumstanţele individuale ca şi de necesitatea societală, aceasta în contexte de studiu foarte diferite (şcolar, profesional, familial, medical etc.)

intervenții, favorizând în cadrul său învățarea prin imitație[1]. Animatorii joacă aici rolul unor *tutori de reziliență* (Cyrulnik, 1999), care respectă și valorizează, fără candoare sau naivitate, subiectul vârstnic. Au în vedere stabilirea unei alianțe terapeutice de calitate cu el (bazată pe o încredere reciprocă, de tip colaborativ etc.), care favorizează exprimarea liberului său arbitru și exercitarea puterii sale decizionale.

Aceste tipuri de măsuri par *a priori* dificil de aplicat atunci când persoana vârstnică este atinsă de demență și, în consecință, lipsită evident de discernământ. Totuși este important să fie ascultată și să se încerce obținerea unei anumite armonizări cu ea, pentru a i se ghida alegerile în mod adecvat și a fi ajutată să participe, pe cât posibil, la procesul decizional. Scopul este acela de a-i permite să rămână, pentru cât mai mult timp, un subiect care gândește și dorește, în ciuda deficitelor multiple de care este atinsă. De asemenea, uneori este dezirabilă asistarea *aparținătorilor*, pentru ca sarcina care le revine să nu fie trăită ca o povară de nesuportat. Aceasta se poate realiza prin două mijloace, primul constând în a-i învăța să se menajeze psihologic (acordându-și vacanțe, de exemplu și/sau făcând doliul părintelui vârstnic ideal), iar al doilea, în a le oferi sfaturi referitoare la cea mai bună atitudine de adoptat în vederea întârzierii procesului de demență (stimulând, de exemplu, capacitățile mnezice ale persoanei vârstnice de care se ocupă).

Din punct de vedere practic, este important ca persoanelor vârstnice să li se ofere un mediu nepericulos, pentru a limita riscurile fizice ce pot apărea (căderi, dureri etc.) atunci când se deplasează[2]. Un cadru de viață călduros și susținător poate, de altfel, să le ajute să găsească în ele însele resursele necesare pentru a se reconstrui după un șoc psihic (văduvie, spitalizare etc.). Indivizii atinși de demență iubesc cu precădere ambianțele liniștitoare, stimularea delicată, de tipul celor oferite de spațiile *Snoezelen*[3], dedicate trezirii

---

[1] Ne referim aici la efectul *modeling*, descris de Bandura (2003). Mai precis, grupul oferă participanților posibilitatea de a-și servi unul altuia drept modele, trecând astfel de la rolul de asistat la acela de persoană care asistă.

[2] Concret, deplasările pedestre pot fi facilitate, de exemplu, veghind la menținerea într-o stare bună a trotuarelor și șoselelor (pentru a limita sursele potențiale de pericol), construind spații verzi agreabile (dotate cu bănci și toalete publice), ameliorând accesibilitatea și confortul anumitor clădiri (dotate cu ascensoare, spații climatizate, locuri de staționare rezervate persoanelor cu dizabilități etc.).

[3] Termenul *Snoezelen* provine din contractarea a doi termeni olandezi, care semnifică *a sforăi* (*snuffelen*) și *a moțăi* (*doezelen*). Conceptul de *Snoezelen*® s-a născut în Țările de Jos în anii 1970, la inițiativa a doi psihologi. El constă în stimularea senzațiilor fizice, într-un spațiu liniștitor, care reprezintă un fel de cocon confortabil. Această abordare, destinată inițial acompanierii persoanelor cu probleme de învățare și comunicare, se dezvoltă din ce în ce mai mult în instituțiile pentru

celor cinci simţuri (prin muzică, jocuri de lumină, vibraţie, senzaţii tactile şi olfactive), aceasta într-o atmosferă de încredere şi destindere (Sacks, 2005). De asemenea, sunt în general apreciate de vârstnici reperele spaţio-temporale (folosirea unui calendar, a unui ceas, a unei semiotici adaptate etc.) şi dispozitivele de teleasistenţă[1], care pot oferi o anumită formă de reasigurare.

Pentru a veni în ajutorul persoanelor vârstnice a căror mobilitate este redusă şi/sau ale căror mijloace financiare sunt insuficiente pentru a-şi permite deplasări, asistenţa psihologică ar trebui să ţină cont, totodată, de proximitatea geografică a serviciului oferit. Noile modalităţi de comunicare pe cale electronică (cutii poştale virtuale, forumuri pe internet etc.) oferă, din acest punct de vedere, o alternativă interesantă la modalităţile obişnuite de contact, ceea ce le permite persoanelor vârstnice izolate să apeleze de la distanţă la persoane cu rol de resurse în caz de necesitate (consultaţii psihologice prin internet, de exemplu) şi, într-o manieră mai uzuală, să menţină contactul cu persoanele dragi în ciuda distanţei fizice şi chiar să-şi lărgească reţeaua relaţională. Ajutoarele domestice (servicii la domiciliu) şi tehnice (deschizător electric de conserve, perie de păr cu coadă lungă, înălţător pentru WC, de exemplu) se dovedesc tot atât de preţioase pentru menţinerea autonomiei persoanelor vârstnice, mai ales a celor care suferă de handicapuri fizice, atunci când doresc să-şi continue viaţa la domiciliu cât mai mult timp cu putinţă.

În cadrul programelor care au în vedere promovarea unei senectuţi sănătoase, se utilizează uneori materiale de lucru pentru ajutarea persoanelor vârstnice să-şi fixeze atenţia pe tematicile abordate şi să memoreze strategiile de confruntare învăţate (manual de terapie, tablă şcolară etc.). Un suport scris (*self help book*) poate fi folosit, de altfel, pentru diseminarea unei informaţii standardizate în cadrul abordărilor psihoeducative. Acestea sunt destinate informării persoanelor vârstnice asupra schimbărilor biopsihosociale care au loc inevitabil odată cu vârsta, asupra noilor mize adaptative pe care le implică[2], asupra eventualelor posibilităţi de dezvoltare, în ciuda problemelor care se pun într-un mod mai mult sau mai puţin crucial şi asupra tipului particular de

---

persoanele vârstnice care şi-au pierdut autonomia. Este încă puţin folosită în Franţa, dar suscită un interes tot mai mare.

[1] Teleasistenţa implică cel mai adesea ca persoanele vârstnice să poarte în permanenţă asupra lor un emiţător conectat la o centrală de recepţie, de unde, în cazul unei probleme (cădere, durere etc.), să poată fi imediat contactaţi profesionişti din domeniul sănătăţii şi apelate servicii de urgenţă şi de asistenţă (pompieri, spital, medic etc.).

Aceste mize nu sunt cu necesitate mai importante decât în alte perioade ale vieţii, dar au adesea o natură fundamental diferită.

 ajutor psihologic oferit în vederea creşterii posibilităţilor de schimbare (acompaniament îndreptat spre stimularea capacităţilor de rezilienţă).

La nivelul etapelor care jalonează în mod clasic programele de promovare a *rezilienţei asistate* la persoanele vârstnice este dezirabil, în primul rând, ca indivizii, pe măsură ce îmbătrânesc, să conştientizeze situaţiile şi circumstanţele care le creează din ce în ce mai multe dificultăţi (adică le conferă un sentiment de neputinţă), dar totodată, şi mai ales, să realizeze că sunt întotdeauna pe deplin capabili să dea un curs pozitiv existenţei lor, graţie resurselor sau competenţelor pe care le deţin sau le mai pot încă dobândi. În al doilea rând, sunt invitaţi să-şi exprime speranţele pe care le au pentru propria persoană (aşteptări terapeutice), în privinţa posibilităţilor de adaptare şi/sau dezvoltare care le sunt oferite. În această etapă este important, uneori, să fie rectificate anumite stereotipuri negative asociate senectuţii, dar şi anumite idei greşite relativ la natura travaliului psihologic propus şi la rezultatele aşteptate, ştiind că majoritatea persoanelor vârstnice nu sunt încă obişnuite să beneficieze de un ajutor psihologic. Într-o a treia etapă, va fi încurajată învăţarea unor noi moduri de gândire şi de acţiune, garantând menţinerea competenţelor şi a unei stări optime de bine, dar şi pregătirea pentru viitor, anticipând soluţii realiste la problemele ce pot apărea în continuare.

Câteva exemple de programe care promovează rezilienţa asistată la persoanele vârstnice

În 1995, *Organizaţia Mondială a Sănătăţii* (OMS) şi-a lansat ambiţiosul program *Senectute şi sănătate*, axat pe elaborarea unor politici de prevenţie care permit asigurarea celei mai bune calităţi a vieţii, pentru cât mai mult timp şi pentru cât mai multe persoane vârstnice cu putinţă. Într-o manieră indirectă, este vorba în acelaşi timp de limitarea substanţială a cheltuielilor cu sănătatea, aflate în creştere, generate parţial de îngrijirile medicale oferite din belşug persoanelor vârstnice. Acţiunile desfăşurate de OMS pentru atingerea acestor obiective au căpătat o turnură decisivă pe parcursul anului internaţional dedicat persoanelor vârstnice (1999). În acel an, tema Zilei Mondiale a Sănătăţii a fost *Să rămânem activi pentru a îmbătrâni frumos*, iar directorul general al OMS a anunţat lansarea unei mişcări mondiale de reflecţie şi acţiune în sprijinul acestui obiectiv. Pe parcursul anului 2000, programul *Senectute şi sănătate* a fost

redenumit *Senectute şi calitatea vieţii*, pentru a sublinia ideea că senectutea trebuie privită dintr-o perspectivă de viaţă globală (OMS, 2000).

În 2002, OMS a promulgat anumite recomandări pentru o senectute sănătoasă, pe care este bine să le amintim înainte de a descrie particularităţile modalităţilor de asistenţă ce decurg din acestea: 1) grija pentru reducerea factorilor somatici de risc susceptibili să crească probabilitatea de apariţie a anumitor boli şi adoptarea unei bune igiene a vieţii fizice (alimentaţie echilibrată, lipsa obişnuinţei de a fuma, activitate fizică, complianţă terapeutică etc.); 2) întreţinerea facultăţilor cognitive prin continuarea învăţării, a rezolvării anumitor probleme, a transmiterii propriei experienţe şi a exersării abilităţilor sociale şi verbale; 3) învăţarea unei bune gestionări a stresului, a anxietăţii şi a conflictelor interpersonale, cultivând cu precădere emoţii pozitive, pentru evitarea apariţiei unor stări depresive şi combaterea sentimentului de singurătate; 4) întreţinerea unor relaţii armonioase cu ceilalţi şi implicare socială. La ora actuală, mai multe programe anglo-saxone caută să atingă unul sau altul dintre aceste obiective. Descrierea tuturor fiind imposibilă, ne vom mulţumi să prezentăm câteva acţiuni întreprinse în ţările europene.

În 2003, Institutul Naţional Suedez de Sănătate Publică, susţinut de comisia europeană şi de doisprezece parteneri (printre care şi OMS), a lansat proiectul *Healthy ageing*[1]. Acesta urmăreşte promovarea unei senectuţi sănătoase la persoanele cu vârsta peste 50 de ani şi pregătirea lor pentru a juca un rol mai activ în societatea noastră. Obiectivele principale ale acestui proiect sunt culegerea şi difuzarea cunoştinţelor actuale referitoare la sănătate în contextul îmbătrânirii, emiterea de recomandări pe baza cărora să fie luate decizii politice în favoarea persoanelor vârstnice, dar şi facilitarea punerii lor în practică. Acţiunile întreprinse în cadrul proiectului *Healthy ageing* se înscriu obligatoriu în sfera a zece obiective prioritare, care au fost menţinute:

1) încurajarea activităţii profesionale un timp cât mai îndelungat cu putinţă;
2) prevenirea singurătăţii şi a izolării;
3) promovarea sănătăţii psihice şi a stării de bine;
4) crearea unor medii securizante şi stimulative (spaţii verzi, climatizate etc.);
5) lăudarea virtuţilor unei alimentaţii şi a unor obişnuinţe nutriţionale sănătoase;

---

[1] O versiune în limba franceză a acestui raport, prescurtată, poate fi descărcată de pe site-ul *Healthy Ageing* (www.healthyageing.nu).

6) încurajarea activităţii fizice;
7) prevenirea traumatismelor (provocate de căderi, accidente, maltratări etc.);
8) recomandări pentru renunţarea la tutun şi reducerea consumului de alcool;
9) evitarea abuzului medicamentos (supraconsum, nerespectarea tratamentului, neluarea în considerare a interacţiunilor medicamentoase etc.);
10) stimularea adoptării unor măsuri sanitare preventive (vaccinare antigripală, depistarea anumitor forme de cancer etc.) şi utilizării serviciilor de îngrijire într-un mod competent.

De altfel, au fost promulgate şase principii fundamentale:

a) respectarea persoanelor vârstnice, întrucât ele constituie o resursă pentru societate, şi nu o povară;
b) garantarea accesului la îngrijire şi sănătate pentru toţi, fără vreo formă de discriminare;
c) lupta împotriva discriminărilor asociate vârstei, dar şi ameliorarea imaginii pe care societatea o poate avea despre senectute;
d) menţinerea pentru un timp cât mai îndelungat a autonomiei persoanelor vârstnice şi a puterii lor decizionale, din motive de demnitate;
e) luarea în considerare a nevoilor particulare ale anumitor persoane vârstnice;
f) prevenirea (pe cât se poate...), mai degrabă decât vindecarea.

Conform Steverink *et al.* (2005), persoanele vârstnice pot fi ajutate în primul rând să-şi menţină starea de bine, acţionând în principal pe şase niveluri: 1) întărindu-le sentimentele de autoeficienţă, adesea reduse; 2) oferindu-le o viziune pozitivă asupra existenţei; 3) încurajându-le să ia iniţiative; 4) încurajând angajarea lor în activităţi gratificante; 5) lărgindu-le repertoriul de strategii de adaptare disponibile pentru a face faţă situaţiilor stresante şi 6) incitându-le să mizeze pe resurse multifuncţionale (precum sprijinul social). Pe baza acestor principii, a fost elaborat un program multimodal de promovare a stării de bine (*Groningen Intervention Programme*). Acesta mizează pe utilizarea optimă a cinci resurse: a) o bună stare de sănătate generală (prin intermediul unei bune igiene de viaţă, al unui tratament adaptat al durerilor fizice, al unei securizări a mediului etc.); b) activităţi fizice şi mentale plăcute şi stimulative; c) trei tipuri de sprijin (susţinere afectivă, a respectului şi

motivațională). Testată în cazul persoanelor vârstnice din Olanda, această abordare pare să dea rezultate mai bune decât un simplu aport informațional despre senectute (*biblioterapie*). Deși acest program nu reușește să modifice radical impresia negativă pe care vârstnicii o au asupra existenței lor, nici să îmbogățească evantaiul modalităților în care își folosesc resursele, el contribuie la dezvoltarea majorității competențelor și abilităților considerate necesare pentru gestionarea cu brio a propriei senectuți.

La rândul lor, Fernández-Ballesteros *et al.* (2005) au introdus de peste zece ani în Spania, Italia și Anglia, un program intitulat *Vital-Aging-M®*, destinat persoanelor vârstnice care doresc să îmbătrânească frumos. Această abordare multimodală, esențialmente psihoeducativă, cu o durată globală de 70 de ore, formată din 22 de ședințe săptămânale, laudă virtuțile unui stil de viață sănătos pentru sănătatea fizică și mentală. Principalul său obiectiv este de a stimula seniorii să rămână activi și competenți cât mai mult timp cu putință, din punct de vedere fizic, intelectual și social. Astfel, sunt învățate diverse mijloace care să suplinească deficitele cognitive, mnezice și funcționale care apar odată cu vârsta (strategii de *compensare* a pierderilor) și sunt propuse modalități de implementare a ceea ce a fost învățat, pentru a perfecționa competențele și abilitățile nou achiziționate (strategii de *optimizare* a resurselor).

Acest program, al cărui conținut este descris pe scurt în tabelul 2, a fost până acum testat cu succes în cazul a 88 de persoane cu vârsta peste 60 de ani (Fernández-Ballesteros, 2005). Majoritatea persoanelor vârstnice participante sunt de părere că memoria li s-a îmbunătățit în mod evident, că își gestionează mai eficient existența, că au început să aprecieze mai mult viața, că au o imagine îmbunătățită despre bătrânețea lor și că, în general, resimt mai multă plăcere și o stare de bine mai durabilă. Autorii acestui program au remarcat mai ales pe termen scurt o reluare vizibilă a activității (la toate nivelurile) și adoptarea unei mai bune igiene alimentare. În schimb, efectele pozitive ale programului asupra sănătății nu apar imediat (fiind necesare șase luni pentru observarea schimbărilor semnificative) și sunt mai puțin spectaculoase la persoanele vârstnice din azilurile de bătrâni (având, fără îndoială, mai puține posibilități de control decât cele neinstituționalizate).

În Franța, Philippe Bas, ministru delegat al securității sociale, persoanelor vârstnice, persoanelor cu handicap și familiei, a anunțat în 2005 implementarea unui plan de acțiune care să le ofere proaspeților pensionari posibilitatea de a îmbătrâni în condiții bune. Este vorba de planul național *Bien vieillir (Îmbătrânire frumoasă)*. Acest proiect dovedește o conștientizare crescută și salutară din partea instituțiilor publice franceze a provocărilor ridicate de îmbătrânirea

demografică. În armonie cu proiectele vecinilor noştri europeni şi cu directivele generale ale OMS, obiectivul central al programului *Bien vieillir* este acela de a dezvolta acţiuni preventive pentru limitarea complicaţiilor bolilor cronice (hipertensiune, tulburări senzoriale, ale mersului, ale echilibrului etc.), de a încuraja adoptarea unor comportamente benefice sănătăţii (activitate fizică, alimentaţie echilibrată etc.) şi de a ameliora semnificativ calitatea vieţii persoanelor vârstnice, oferindu-le în special un mediu de viaţă agreabil şi roluri sociale gratificante. Preconizează, de asemenea, desfăşurarea pe o scară mai largă a evaluărilor medicale gerontologice, în vederea identificării precoce a factorilor de risc ai dependenţei[1]. Se recomandă, de altfel, deschiderea unor birouri unice pentru centralizarea unor informaţii susceptibile să intereseze persoanele vârstnice (lista azilurilor pentru seniori, de exemplu), aceasta pentru a le simplifica demersurile administrative şi a le facilita accesul la anumite servicii.

Tabelul 2. Descrierea celor 22 de şedinţe ale programului Vital Aging-M® (după Fernández-Ballesteros *et al.*, 2005; tradus de Colette Aguerre)

Numărul şedinţelor	Durata şedinţelor (ore)	Conţinutul şedinţelor
1.	2	*Prezentarea generală a programului*
2.	2	*A îmbătrâni frumos (ce înseamnă aceasta?)*
3.	2	*Internetul: un nou mijloc de comunicare*
4.	2	*Despre importanţa sentimentului de competenţă*
5.	2	*Autoresponsabilitate şi autogospodărire*
6.	2	*A te ocupa de tine cu plăcere*
7.	3	*Nutriţie şi sănătate*
8.	4	*Virtuţile exerciţiului fizic*
9.	2	*Virtuţile gândirii pozitive*
10.	2	*A avea grijă de propriul corp*
11.	2	*Activităţi plăcute şi stare de bine*
12.	2	*A face faţă stresului*
13.	2	*Deveniţi expert în propriile probleme mnezice*

[1] Din această perspectivă, pe parcursul ultimilor treizeci de ani, două case de pensii complementare, *Agirc* şi *Arrco*, au deschis în Franţa opt centre care primesc astăzi 4 000 de vizitatori pe an pentru efectuarea evaluărilor preventive de sănătate, atât sub aspect medical, cât şi psihologic.

14.	3	*Ameliorați-vă memoria*
15.	2	*Exprimați-vă creativitatea*
16.	3	*Sexualitate: dincolo de genitalitate*
17.	2	*Ameliorați-vă relațiile cu familia și cu cei apropiați*
18.	2	*Și ceilalți au nevoie de dumneavoastră*
19.	2	*Antrenați-vă creierul pentru a preveni degradările îmbătrânirii*
20.	2	*Moartea face de asemenea parte din viață*
21.	2	*Înțelepciune și învățare pe tot parcursul vieții*
22.	2	*Rezumat, concluzie și evaluare*

Alte mijloace complementare de promovare a rezilienței asistate la persoanele vârstnice

Ca lucrurile să fie cât mai clare, prezentăm mai jos trei mari grupe de intervenții clinice, care se deosebesc în funcție de importanța relativă acordată trecutului, viitorului sau prezentului indivizilor vârstnici.

A trage învățăminte prețioase din propriul trecut

A face o retrospectivă a vieții pentru a trage învățăminte prețioase din trecut

Retrospectiva vieții constă în revizitarea propriei autobiografii în vederea favorizării unei integrări a experiențelor de viață trecute și actuale, fără regret sau amărăciune (Butler, 1974). Mai exact, este vorba de o reconsiderare a istoriei personale, zăbovind mai curând asupra evenimentelor fericite, decât asupra celor dificile. Subliniind realizările trecute, acest tip de abordare facilitează acceptarea eșecurilor personale și le relativizează impactul. Totodată, generează un sentiment de autoeficiență care încurajează rezolvarea problemelor și stimulează urmărirea unor obiective care dau un sens existenței. A ajuta persoanele vârstnice să întocmească un bilanț constructiv al propriei existențe, prin intermediul unei abordări narative, se prezintă în această privință ca o modalitate de a le dezvolta *reziliența*.

În cazul persoanelor vârstnice, două forme de retrospective ale vieții ar fi cu precădere de promovat (Cappeliez *et al.*, 2007): retrospectiva de viață

integrativă şi retrospectiva de viaţă *instrumentală*. Forma *integrativă* implică o reevaluare pozitivă a evenimentelor de viaţă trecute, în toate domeniile şi pe fundalul întregii vieţi. Ea favorizează acceptarea inconvenientelor, apropierea între idealurile lor şi realitate, conştientizarea prezenţei procesului de dezvoltare de-a lungul întregii vieţi şi construirea unui sens al propriei existenţe. Retrospectiva de viaţă *instrumentală* se centrează mai mult asupra amintirii episoadelor în care au fost rezolvate probleme. Implică amintirea felului în care au fost abordate anumite situaţii dificile şi apoi soluţionate. Astfel, permite dedramatizarea eşecurilor, reevaluarea pozitivă a propriilor capacităţi de gestionare a întorsăturilor importante ale vieţii, recunoaşterea eficienţei soluţiilor testate şi păstrarea unor planuri judicioase de acţiune pentru atingerea obiectivelor dorite. Aceste două tipuri de rememorare ajută astfel persoanele vârstnice să găsească în ele, prin ele însele, soluţii adaptate problemelor pe care le au.

A ierta

Vaillant (2004) ne asigură că persoanele care doresc să îmbătrânească frumos ar fi mai câştigate dacă s-ar preocupa mai mult de capacitatea lor de a ierta, decât de nivelul de colesterol! Iertarea poate fi, într-adevăr, înţeleasă ca un judicios procedeu salutar pentru a face faţă adversităţii. Este vorba, mai exact, conform Enright *et al.* (2001, Muñoz Sastre *et al.*, 2009), de un proces interindividual şi relativ complex, prin care un individ agresat de un altul (care are un comportament nedrept faţă de el) alege să renunţe la resentimentul faţă de acesta din urmă, mai degrabă decât să se răzbune.

Trebuie constatat că iertarea ajută adesea la întreruperea propriei suferinţe psihologice, ajungându-se la emoţii pozitive faţă de persoana care ne-a rănit (precum empatia, compasiunea, bunăvoinţa şi iubirea). Iertarea implică, altfel spus, o schimbare a atitudinii faţă de realitate, sursă a unei transformări de sine pozitive. Menţionăm că iertarea nu înseamnă negarea existenţei unui prejudiciu suferit sau, mai mult, lipsa de discernământ în ceea ce priveşte situaţia suportată. Iertarea autentică nu implică în mod necesar şi obligaţia de a se împăca cu agresorul, de a-l scuza sau de a-l scuti de consecinţele faptelor comise. Nu sunt obligatorii nici convingerile religioase, deşi iertarea este încurajată de toate marile religii (creştinism, mahomedanism, hinduism, budism).

Anticiparea pozitivă a viitorului, astfel încât să fie aşteptat cu mai multă seninătate

Ouwehand *et al.* (2007) subliniază necesitatea adoptării unei adaptări *proactive* odată cu vârsta, înaintea apariţiei unor evenimente perturbatoare, mai degrabă decât a recurge exclusiv la o modalitate *reactivă* de a face faţă, cu scop esenţialmente defensiv[1]. Noţiunea de *adaptare proactivă*, iniţial propusă de Aspinwall şi Taylor în 1997, se referă la un ansamblu de acţiuni strategice (fixarea obiectivelor, planificarea acţiunilor pentru atingerea lor, autoîntăriri pozitive etc.), permiţând anticiparea situaţiilor adverse într-o modalitate constructivă. Acestea sunt percepute atunci ca provocări, şi nu ca ameninţări, ca surse de stimulare şi de dezvoltare, şi nu ca potenţiali factori de risc. Activităţile vieţii cotidiene pot, de exemplu, să apară ca oportunităţi de dezvoltare atunci când sunt percepute ca nişte provocări de depăşit, pentru afirmarea propriei independenţe şi autonomii.

O atitudine *proactivă* participă la alimentarea unui sentiment de reuşită personală şi de satisfacţie în ceea ce priveşte viaţa, mai curând decât să atenueze suferinţa psihologică şi/sau fizică. Ea contribuie, totodată, la identificarea precoce a semnelor care anunţă o probabilă deteriorare a stării de sănătate (fizică şi/sau mentală) şi joacă ulterior un rol motor capital atunci când trebuie implementate rapid măsuri pentru protejarea sa. În contextul unei reeducări fizice, ulterioară fixării unei proteze articulare, atitudinea *proactivă* favorizează în cazul vârstnicilor o recuperare mai rapidă a capacităţilor lor funcţionale (Greenglass *et al.*, 2005).

Atunci când această competenţă proactivă lipseşte, asistenţa psihologică poate contribui la crearea unei perspective pozitive şi mai constructive asupra viitorului (Greenglass *et al.*, 2006). În acest sens, o echipă din Québec a pus la punct un program de intervenţie intitulat *„Administrarea scopurilor personale"*, care are drept obiectiv stimularea persoanelor să aleagă, să planifice şi să urmărească un scop personal important, concret şi semnificativ. Este vorba de o intervenţie de grup (reunind între cinci şi şapte persoane), care se desfăşoară pe parcursul a 10–12 săptămâni şi este animată de o persoană abilitată[2]. Avantajele sale asupra stării de bine au fost remarcate mai ales la proaspeţii pensionari (Dubé *et al.*, 2007). Să menţionăm că acest tip de asistenţă face astăzi tot mai mult parte integrantă din programele de pregătire

---

[1] Menţionăm că este vorba de tipul de adaptare cel mai des studiat de către cercetători.

[2] *Ghidul animatorului* poate fi obţinut de la Laboratorul de gerontologie al Universităţii din Québec, Trois-Rivières, C. P. 500, Trois-Rivières, Québec, G9A 5H7.

pentru senectute deja existente, precum în special cel propus de Bodè *et al.* (2006, 2007) în Țările de Jos[1].

A te ancora în prezent pentru a-l aprecia mai bine

A accepta

Pentru Hayes și Smith (2005), acceptarea necondiționată a realității, oricât de dură ar fi ea, este o alternativă preferabilă evitării experiențelor negative, un prim pas obligatoriu pentru inițierea unui proces de schimbare care să genereze mai puțină suferință psihică. Conform acestei perspective, acceptarea nu constă în negarea existenței dificultăților care apar și/sau în renunțarea la gestionarea lor. Este vorba, dimpotrivă, de a conștientiza natura lor, factorii care le întrețin și consecințele pe care le au, pentru a nu le transforma în probleme importante. Examinarea minuțioasă a ceea ce se petrece permite observarea veritabilelor mize ale situației și, în același timp, găsirea unor noi modalități de a le gestiona, de data aceasta constructive. Din punct de vedere motivațional, înseamnă a tinde spre un mod de viață care răspunde mai curând aspirațiilor noastre existențiale, decât refuzului orb al suferinței.

Reversul pozitiv al acceptării este o implicare activă în acțiuni conforme cu valorile existențiale de care suntem atașați. Să luăm exemplul unui individ care suferă de dureri cronice. O preocupare fără limite față de durerile sale cronice poate contribui în mod paradoxal la exacerbarea lor, conferindu-le o importanță exagerată. Pornind de la această constatare (chiar dacă pare paradoxal), acceptarea durerii fizice va însemna încetarea depunerii unor eforturi colosale pentru a încerca controlarea ei, iar ea nu-i va mai conduce existența ascunzând aspectele sale cele mai plăcute. Această conștientizare a propriilor limite se poate dovedi dureroasă dacă determină sentimente intense de neputință. De asemenea, este adecvată asocierea sa cu un bilanț pozitiv al resurselor personale, pentru a încuraja la subiecții vârstnici procesul de acceptare a pierderilor induse de îmbătrânire (Ranzijn și Luszcz, 1999).

Programul lor intitulat *In anticipation of the golden years* (*Anticipând anii de aur*), se adresează persoanelor cu vârste cuprinse între 50 și 75 de ani.

A medita

Potrivit lui Kabat-Zinn (1990), o modalitate de a cultiva acceptarea, care nu poate da greș, este dezvoltarea unei *depline conștiințe a momentului prezent*, prin intermediul unei practici meditative adaptate, invitând la îndreptarea atenției, într-o manieră intenționată și detașată, spre experiența care se desfășoară moment după moment, fie ea negativă sau pozitivă. Această tehnică, mai cunoscută sub numele de abordarea *mindfulness* (meditație concentrată), încurajează contactul direct cu realitatea, mai degrabă decât prin intermediul reprezentărilor sale. Poate fi vorba de a-și menține atenția, într-o modalitate detașată, asupra gândurilor, emoțiilor și senzațiilor sale fizice, abținându-se totodată de a emite judecăți, pentru a ține la distanță emoțiile prea dureroase.

Această abordare contemplativă se prezintă în plus ca un preambul al acțiunii, întrucât contribuie la realizarea unor alegeri strategice neîngrădite de mecanismele fobice de evitare. Conform McBee (2008), meditația concentrată ajută indivizii vârstnici să-și perceapă cu mai multă seninătate bătrânețea, ferindu-i mai ales de expunerea la recăderi depresive și/sau eficientizându-le controlul asupra durerilor fizice cronice. Ea ar contribui, în același timp, la îndulcirea suferinței *aparținătorilor* care trebuie să se ocupe zilnic de o persoană vârstnică cu demență.

A trăi experiențe optime

Constatând că starea de bine nu rezidă nici în confortul material, nici în succes, ci în capacitatea de a realiza activități personale liber alese și îndreptate spre realizarea unui scop personal, Csikszentmihalyi (2004) s-a interesat de binefacerile *experiențelor optime* (*flow experience*) asupra sănătății fizice și psihice a indivizilor. Nu este vorba de simple experiențe hedoniste, ci mai curând de experiențe generatoare ale unei stări psihologice apropiate de fericire. Aceste experiențe se caracterizează printr-un sentiment de fluiditate mentală și de intensă concentrare asupra unor sarcini care mobilizează un mare număr de competențe și constituie provocări surmontabile pentru individ. Ele se produc atunci când acesta din urmă are în vedere un obiectiv precis, care necesită o corespondență strânsă între abilitățile sale și exigențele unei sarcini și obține imediat un efect care-l informează despre eficiența acțiunii specifice desfășurate.

Aceste tentative de ajustare la niște exigențe adaptative, liber consimțite ne amintesc în linii mari acțiunile strategice preconizate riguros în studiile care se ocupă de îmbătrânirea frumoasă (exercitarea propriilor competențe în vederea dezvoltării și perfecționării lor, elaborarea unor proiecte semnificative la nivel personal, stabilirea unui plan de acțiune și autoîncurajarea pentru a-și atinge obiectivele etc.). La vârstnici, poate fi mai ales vorba de o modalitate abilă de generare a emoțiilor pozitive, adică de a pune temporar între paranteze o suferință psihică și/sau fizică (Csikszentmihalyi, 2004).

Concluzie

Odată cu mărirea considerabilă a speranței de viață în țările occidentale, a îmbătrâni sănătos a devenit o provocare importantă, care impune necesitatea unei politici globale de prevenție având drept scop promovarea unei *îmbătrâniri frumoase*. A întruni condițiile unei îmbătrâniri de calitate implică adesea luarea unor inițiative psihologice vizând mobilizarea și stimularea capacităților de reziliență ale persoanelor vârstnice, ajutându-le să identifice, să multiplice și să exploateze mai bine propriul potențial adaptativ.

Introducerea conceptului euristic de *reziliență asistată* se dovedește a fi prețioasă pentru ghidarea acestui gen de demers clinic în funcție de anumite principii directoare (vezi Ionescu și Jourdan-Ionescu, 2006, pentru o prezentare detaliată a acestui concept). Ea intervine amintind că acompaniamentul psihologic propus trebuie să mențină cu orice preț autonomia indivizilor și să respecte în mod fundamental propensiunea lor naturală către autodeterminare. Importanța acestui gen de considerații se dezvăluie pe deplin atunci când se știe că traiectoria de dezvoltare a indivizilor care înaintează în vârstă este profilată, cel puțin parțial, de obiective liber stabilite și de alegeri strategice temeinic gândite, efectuate în amontele (adaptare *proactivă*) sau în avalul (adaptare *reactivă*) unor situații perturbatoare. Ea poate fi supusă, de asemenea, cel puțin parțial, unei atitudini deliberate de deschidere față de experiența prezentă, propice unei acceptări constructive a riscurilor existenței (strategie de acomodare cu situația, putând, de exemplu, lua forma unei iertări).

Exprimarea reflecțiilor noastre clinice prin intermediul unor principii valorizate de *psihologia pozitivă* ne invită, în plus, să privim într-un mod hotărât optimist îmbătrânirea, elogiind intenționat potențialitățile indivizilor vârstnici, legitima lor căutare a mai binelui, nevoia lor naturală de a fi utili, de a trăi în simbioză cu ei înșiși și în armonie cu ceilalți, și chiar de a atinge

o formă de *maturizare* sau de *gerotranscendență*[1], ajungând să se înalțe în plan psihologic și spiritual.

Activitatea de prevenție în acest domeniu rămâne, orice ar fi, o întreprindere dificilă și de lungă durată, care, în mod ideal, ar trebui realizată precoce pentru ca roadele sale să fie trainice (după cum subliniază științific Friedrich, 2003), implicând puternic participarea (pro)activă a seniorilor, eventual sub supravegherea unei asistențe psihologice. Pe de altă parte, luarea în considerare a particularităților individuale ale persoanelor care înaintează în vârstă (resurse exploatabile, obiective îndrăznețe, deschidere către schimbarea imediată, priorități și valori existențiale etc.), dar și a diferitelor adversități care le jalonează drumul evolutiv specific (pensionare, văduvie, apariția dependenței etc.) ni se pare esențială, pentru a personaliza și mai mult serviciile care le sunt destinate și a le recentra asupra anumitor problematici foarte probabil să apară (căderi, pierderea autonomiei, singurătate și izolare, de exemplu).

După opinia noastră, o atenție deosebită ar trebui acordată populației feminine care îmbătrânește (suprareprezentată numeric, mai longevivă decât cea masculină, având în general o stare financiară mai puțin bună etc.) și persoanelor trecute de 80 de ani, mai ales acelora care sunt grav bolnave și/sau care și-au pierdut autonomia, care-și revendică dreptul de a muri cu demnitate[2] și uneori solicită ajutor pentru a-și pune capăt zilelor. Ne referim aici la aspectele morale și filosofice ale problemelor legalizării eutanasiei sau suicidului asistat medical[3], care ne invită să ne punem întrebări despre limitele *rezilienței asistate*. Din punct de vedere etic, este oportun, într-adevăr, să ne gândim dacă suicidul asistat și eutanasia sunt acțiuni violente bine-venite,

---

[1] Termen împrumutat de la Tomstam (1997).

[2] Ne referim aici la persoanele în vârstă care își doresc cu ardoare să întrerupă un tratament, paliativ sau vital, relativ împovărător și constrângător (hemodializă sau chimioterapie de exemplu), în ciuda riscului letal implicat.

[3] Olanda este primul stat european care a legalizat suicidul asistat și eutanasia, în condiții foarte stricte și precise. În Statele Unite, statul Oregon, s-a votat în data de 8 noiembrie 1994 *Death with Dignity Act*, care autorizează suicidul asistat medical. În Elveția, ajutarea unei persoane de a muri este considerată o infracțiune, „în afara situației în care gestul este altruist și fără mobil egoist". Cererea de suicid asistat medical este considerată „valabilă" dacă sunt întrunite cinci condiții: 1) existența unei boli incurabile și 2) suferințe insuportabile, 3) prognostic fatal sau evoluție către o invaliditate definitivă și ireversibilă, 4) persoana are discernământ și 5) dorința de a-și pune capăt vieții a fost afirmată în mai multe rânduri. Rezumând, suicidul asistat este legal în Elveția atunci când se reduce la o complicitate pasivă, la care persoana consimte întru totul. Au fost formulate obiecții importante împotriva suicidului asistat. Trebuie mai ales subliniat că trecerea la actul suicidar rămâne un gest de disperare, ceea ce repune parțial în discuție capacitatea de a lua decizii libere și avizate. Poate fi regretată, de asemenea, o formă de banalizare a morții provocate, promovarea unei societăți individualiste în care drepturile subiective ale individului au prioritate în fața legăturilor solidarității colective.

mai rezonabile decât aceea de a prelungi o viaţă lipsită de sens în ochii persoanei care o trăieşte, aceasta în anumite situaţii foarte clar delimitate (existenţa unei boli incurabile la o vârstă deosebit de înaintată, de exemplu).

Totuşi, tentaţia de a accepta toate formele de asistenţă în virtutea avantajelor lor psihologice cere o reflecţie mai aprofundată. Să luăm, de exemplu, serviciile de *ajutor sexual direct*, aşa cum sunt numite pudic, care sunt oferite deja de douăzeci de ani în Statele Unite şi în Europa de Nord, dar, de asemenea, şi în alte ţări europene (Olanda, Germania, Elveţia etc.) persoanelor cu grave handicapuri fizice şi/sau mentale, adesea lipsite de contacte afective şi nesatisfăcute sexual. Această prestaţie, decontată de casele de asigurări în anumite ţări (cu precădere cele scandinave), constă în acordarea de servicii erotice (jocuri senzuale, mângâieri, masaje, tandreţe, uneori masturbare etc.) pentru satisfacerea nevoilor carnale ale persoanelor care prezintă o stare de sănătate precară. Această formă de asistenţă este controversată în prezent, deoarece ridică probleme spinoase. Este morală promovarea unei sexualităţi tarifate? Poate fi disociată sexualitatea de sentimente? Când este vorba de dorinţă sexuală? Este datoria societăţii să asigure satisfacerea sexuală şi chiar fericirea acestor concetăţeni? Etc.

În concluzie, în ciuda axiomei potrivit căreia indivizii trebuie să rămână principalii comanditari ai propriei existenţe, trebuie recunoscut că răspunsurile societăţii sunt uneori tot atât de bine-venite pentru transformarea spaimei lor de a îmbătrâni într-o ocazie de a se realiza. La acest nivel, guvernele au de jucat un rol politic capital, ajutând persoanele vârstnice să-şi conştientizeze atuurile, acordându-le locul pe care îl merită în societate, încurajându-le să adopte un stil de viaţă mai sănătos, stimulându-le să rămână active cât mai mult timp cu putinţă, facilitând accesul la noi cunoştinţe şi oferindu-le, în genere, oportunităţi de creştere şi de dezvoltare psihologică capabile să confere o mai mare savoare existenţei lor. În acelaşi timp, mizăm pe o mai bună coordonare între cercetările fundamentale şi aplicaţiile clinice cărora le dau naştere, pentru ca persoanele vârstnice să rămână un timp cât mai îndelungat actorii propriei existenţe, îmbătrâniri şi morţi.

Bibliografie

Aguerre C. (2002), Quels sont les facteurs psychologiques garants d'une vieillesse réussie?, *Pratiques psychologiques*, vol. 1, p. 15–27.

Aguerre C. (2004), Le vieillissement réussi: une forme de resilience à l'âge avansé?, în A. Lejeune, *Vieillissement et resilience*, Marsilia, Solal, p. 47–67.

Antonovsky A. (1985), The sense of coherence as a determinant of health, în J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller şi S. Weiss (coord.), *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*, New York, John Wiley & Sons, p. 114–129.

Aspinwall L.G. şi Taylor S.E. (1997), A stich in time: self-regulation and proactive coping, *Psychological Bulletin*, vol. 121, p. 417–436.

Baltes P.B. (1987), Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline, *Developmental Psychology*, vol. 23, nr. 5, p. 611–626.

Baltes P.B. şi Baltes M.M. (1990), Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation, în P.B. Baltes şi M.M. Baltes (coord.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge, University Press, p. 1–34.

Baltes P.B. şi Staudinger U.M. (2000), Wisdom: a metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and vertue toward excellence, *American Psychologist*, vol. 55, p. 122–136.

Bandura A. (2003), *Auto-efficacité*, Paris, De Boeck.

Berkman L.F. şi Syme S.L. (1979), Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents, *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, p. 186–204.

Bode C., de Ridder D.T.D. şi Bensing, J.M. (2006), Preparing for aging: development, feasibility and preliminary results of an educational program for midlife and older based on proactive coping theory, *Patient Education and Counseling*, vol. 61, p. 272–278.

Bode C., de Ridder D.T.D., Kuijer R.G. şi Bensing J.M. (2007), Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood, *The Gerontologist*, vol. 47, p. 42–51.

Brandschädter J. şi Rothermund K. (2002), The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: a two-process framework, *Developmental Review*, vol. 22, p. 117–150.

Butler R.N. (1974), Successful aging and the role of life review, *Journal of American Geriatric Society*, vol. 22, nr. 2, S29–S35.

Cappeliez Ph. şi Aguerre C. (2006), La compétence et la résilience à l'âge adulte avancé, în G. Chasseigne, *Stress, santé, societé*, vol. 3, Reims, Presses Universitaires, p. 93–117.

Cappeliez Ph., Rivarda V. şi Guindon S. (2007), Functions des réminiscences à l'âge adulte avancé: proposition d'un modèle théorique avec ses applications cliniques, *Revue européenne de psychologie appliquée*, vol. 57, nr. 3, p. 151–156.

Carstensen L.L. (1992), Social and emotional patterns in adulthood: support for socio-emotional selectivity theory, *Psychology and Aging*, vol. 7, p. 331–338.

Cerrato I.M. şi Fernández de Trocóniz M.I. (1998), Successful aging: but why don't the elderly get more depressed? *Psychology in Spain*, vol. 2, p. 27–42.

Colerick E.J. (1985), Stamina in later life, *Social Science and Medicine*, vol. 21, p. 997–1006.

Cottraux J. (2007), *La force avec soi: pour une psychologie positive*, Paris, Odile Jacob.

Cyrulnik B (1999), *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob.

Csikszentmihalyi M. (2004), *Vivre: la psychologie du bonheur*, Paris, Robert Laffont.

Dubé M., Lapierre S., Bouffard L. şi Alain M. (2007), Impact of a personal goals management program on the subjective well-being of young retirees, *Revue européenne de psychologie appliquée*, vol. 57, nr. 3, p. 183–192.

Enright R.D., Mullet E. şi Fitzgibbons R.P. (2001), Le pardon comme mode de régulation émotionnelle, *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, vol. 11, nr. 4, p. 123–135.

Fava G.A. (1999), Well-being therapy: conceptual and technical issues, *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 68, p. 171–179.

Fava G.A. şi Ruini C. (2003), Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy, *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychology*, vol. 34, p. 45–63.

Fernández-Ballesteros R. (2005), Evaluation of a „Vital Aging-M": a psychosocial program for promoting optimal aging, *European Psychologist*, vol. 10, nr. 2, p. 146–156.

Fernández-Ballesteros R., Caprara M.G. şi García L.F. (2005), Vivir con vitalidad-M®: an european multimedia program, *Psychology in Spain*, vol. 9, p. 1–12.

Freund A.M. şi Baltes P.B. (1996), *Selective optimization with compensation as a strategy of life-mangement: Prediction of subjective indicators of successful aging*, manuscris nepublicat, Max Planck Institute for Human Development and Education, Berlin.

Friedrich D. (2003), Personal and societal intervention strategies for successful ageing, *Ageing International*, vol. 28, nr. 1, p. 3–36.

Fries J.F. (1989), *Aging well*, New York, Addison-Wesley.

Goulet L.R. şi Baltes P.B. (coord.) (1970), *Life-span developmental psychology: Research and theory*, New York, Academic Press.

Greenglass E., Marques S., de Ridder M. şi Behl S. (2005), Positive coping and mastery in a rehabilitation setting, *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 28, nr. 4, p. 331–339.

Greenglass E., Fiksenbaum L. şi Eaton J. (2006), The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly, *Anxiety, Stress and Coping*, vol. 19, nr. 1, p. 15–31.

Hartford M.E. şi Lawton S. (1997), Groups for the socialization to old age, în J.K. Parry (coord.), *From prevention to wellness through group work*. New York, Harworth Press, p. 33–45.

Hayes S.C. şi Smith S.X. (2005), *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*, Oakland, New Harbinger.

Hill R.D. (2005), *Positive aging: a guide for mental health professionals and consumers*, New York, W.W. Norton & Company.

Hill R.D. (2008), *Seven strategies for positive aging: strategies to promote well-being in old age*, New York, W.W. Norton & Company.

Hobfoll S.E. (2002), Social and psychological resources and adaptation, *Review General of Psychology*, vol. 6, p. 307–324.

Ionescu S. şi Jourdan-Ionescu C. (2006), La psychopathologie comme processus: vulnérabilité et résilience, în S. Ionescu şi A. Blanchet (coord.), *Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, PUF.

Jette A.M. *et al.* (1999), Exercise — It's never too late: the Strong-for-Life Program, *American Journal of Public Health*, p. 89, nr. 1, p. 66–72.

Jopp D. şi Smith J. (2006), Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: on the protective effect of Selection, Optimization and Compensation, *Psychology and Aging*, vol. 21, nr. 2, p. 253–265.

Kabat-Zinn J. (1990), *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*, New York, Dell.

Kobasa S. C. (1979), Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 37, p. 1–11.

Langer E.J. şi Rodin J. (1976), The effects of choice and enhanced personal responsability for the aged: a field experiment in an institutional setting, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 34, nr. 2, p. 191–198.

Lorig K. şi Holman H. (1993), Arthritis self-management studies: a twelve-year review, *Health Education Quarterly*, vol. 20, p. 17–28.

Marsiske M., Lang F.R., Bakes P.B. şi Baltes M.M. (1995), Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development, în R.A. Dixon şi L. Backman (coord.), *Compensating for psychological deficits and declines: managing losses and promoting gains*. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, p. 35–79.

McBee L. (2008), *Mindfulness-based care: a CAM Model for frail elders and their caregivers*, New York, Springer.

Mechling H. (2008), Dementia and physical activity, *European Review of Aging and Physical Activity*, vol. 5, p. 1–3.

Morley J.E. şi Flaherty J.H. (2002), It's never too late: health promotion and illness prevention in older persons, *Journal of Gerontology and Biological Medicine Science*, vol. 57, p. 338–342.

Muñoz Sastre M.T., Mullet E. şi Lecomte J. (2009), Le pardon: une porte ouverte sur l'avenir, în J. Lecomte (coord.), *Introduction à la psychologie positive*, Paris, Dunod, p. 183–195.

Netz Y., Wu M.-J., Becker B.J. şi Tenenbaum G. (2005), Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of interventions studies, *Psychology and Aging*, vol. 20, nr. 2, p. 272–284.

Ong A.D. şi Bergeman C.S. (2004), Resilience and adaptation to stress inlater life: empirical perspectives and conceptual implications, *Ageing International*, vol. 29, p. 219–246.

Ong A.D., Bergeman C.S., Bisconti T.L. şi Wallace K.A. (2006), Psychological resilience, positive emotions and successful adaptation to stress in later life, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 91, p. 730–749.

Ouwehand C., de Ridder D.T. şi Bensing J. (2007), A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy, *Clinical Psychology Review*, vol. 27, nr. 8, p. 873–884.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii (2000), *Active ageing: from evidence to action*, OMS, Geneva, Elveţia.

Parker M.W., Bellis J.M. şi Bishop P. (2002), A multidisciplinary model of health promotion incorporating spirituality into a successful aging intervention with african american and white elderly groups, *The Gerentologist*, vol. 42, nr. 3, p. 406–415.

Pinquart M. şi Sörensen S. (2001), How effective are psychotherapeutic and other psychological interventions with older adults? A meta-analysis, *Journal of Mental Health Aging*, vol. 7, p. 207–243.

Ranzijn R. (2002), Towards a positive psychology of ageing: Potentials and barriers, *Australian Psychologist*, vol. 37, nr. 2, p. 79–85.

Ranzijn R. şi Luszcz M. (1999), Acceptance: a key to well-being in older adults?, *Australian Psychologist*, vol. 34, nr. 2, p. 94–98.

Robert-Bobée I. (2006), Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050: la population continue de croître et le vieillissement se poursuit, *Insee Première*, nr. 1089.

Ronch J.L. şi Goldfield J.A. (2003), *Mental wellness in aging: strenghts-based approaches*, MSW, Baltimore, Health Professions Press.

Rowe J.W. şi Khan R.L. (1998), Successful Ageing, New York, Pantheon Books.

Ryan R.M. şi Deci E.L. (2000), Sell-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being, *American Psychologist*, vol. 55, p. 68–78.

Ryff C.D. (1995), Psychological well-being in adult life, *Current Directions in Psychological Science*, vol. 4, nr. 4, p. 99–104.

Ryff C.D. şi Singer B. (1998), The contours of positive human hêalth, *Psychological Inquiry*, vol. 9, p. 1–28.

Sacks A.L. (2005), Effects of Snoezelen behavior therapy on increasing independence in activities of daily living of elders with dementia on a short term geriatric psychiatric unit, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, vol. 66, nr. 2–B, p. 1158.

Schäfer S., Huxhold O. şi Lindenberger U. (2006), Healthy mind in healthy body? A review of sensorimotor-cognitive interdependencies in old age, *European Review of Aging and Physical Activity*, vol. 3, nr. 2, p. 45–54.

Scheibe S., Kunzmann U. şi Baltes P.B. (2009), New territories of positive lifespan development wisdom and life longings, în S.J. Lopez şi C.R. Snyder (coord.), *Handbook of positive psychology*, ediţia a II-a, New York, Oxford University Press, p. 171–183.

Seligman M.E.P. (2002), Positive psychology, positive prevention and positive therapy, în C.R. Snyder şi S.J. Lopez (coord.), *Handbook of positive psychology*, prima ediţie, New York, Oxford University Press, p. 3–12.

Seligman M.E.P. şi Csikszentmihalyi M. (2000), Positive psychology: an introduction, *American Psychologist*, vol. 55, p. 5–14.

Staudinger U.M., Marsiske M. şi Baltes P.B. (1995), Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the lifespan, în D. Cicchetti şi D.J. Cohen, *Developmental psychopathology*, vol. 2: *Risk, disorder and adaptation*, Oxford, John Wiley & Sons, p. 801–847.

Staudinger U.M., Marsiske M. şi Baltes P.B. (1993), Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: perspectives from life-span theory, *Development and Psychopathology*, vol. 5, nr. 4, p. 541-566.

Staudinger U.M. şi Kunzmann U. (2005), Positive adult personality development: adjustment and/or growth?, *European Psychologist*, vol. 10, p. 320–329.

Steverink N., Lindenberg S. şi Slaets J.P.J. (2005), How to understand and improve older people's self-management of well-being?, *European Journal of Ageing*, vol. 2, p. 235–244.

Thoits P.A. (1986), Social support as coping assistance, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, p. 416–423.

Thoits P.A. (1994), Stressors and problem-solving: the individual as psychological activist. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, p. 143–160.

Tornstam L. (1997), Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging, *Journal of Aging Studies*, vol. 11, nr. 2, p. 143–154.

Trudel G., Boyer R., Villeneuve V., Anderson A., Pilon G. şi Bounader J. (2008), The marital life and aging well program: effects of a group preventive intervention on the marital and sexual functioning of retired couples, *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 23, nr. 1, p. 5–23.

Vaillant G.E. (2003), *Aging well: surprising guideposts to a happier life from the Landmark Harvard study of adult development*, Boston, Little, Brown & Company.

Vaillant G.E. (2004), Positive aging, în P.A. Linley şi S. Joseph (coord.), *Positive psychology in practice*, Hoboken, John Wiley, p. 561–578.

Van Rillaer J. (2000), *La gestion de soi*, Bruxelles, Mardaga.

Wagnild G. (2003), Resilience and successful aging: comparison among low and high income older adults, *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 29, nr. 12, p. 42–51.

Warburton D.E.R., Katzmarzyk P.T., Rhodes R.E. şi Shepard R.J. (2007), Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults, *International Journal of Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, vol. 32, S16–68.

Waters E.B. şi Goodman J. (1990), *Empowering older adults: practical strategies for counsellors*, San-Francisco, Jossey-Bass.

Williamson G.M. (2002), Aging well: outlook for the 21st century, în C.R. Snyder şi S.J. Lopez (coord.), *Handbook of positive psychology*, prima ediţie, New York, Oxford University Press, p. 676–686.

XII.

Tulburări psihice, creativitate și reziliență asistată

Silke Schauder

Cum poate procesul de reziliență asistată să susțină creativitatea populațiilor fragilizate? Capitolul de față abordează mai multe situații cu potențial caracter traumatic, atât în contextul traumelor individuale, cât și colective. Sunt discutate patru metode de art-terapie prin intermediul prezentării unor cercetări asupra creativității cu scop terapeutic. Fiind vorba de programe de prevenție disponibile pe plan internațional, vom expune, în concluzie, factorii comuni.

Care sunt situațiile clinice în care creativitatea în sens larg poate contribui la supraviețuirea psihică a subiecților? Pot fi deosebite traumele individuale și cele colective (război, lagăre de exterminare, catastrofe naturale). Traumele individuale pot rezulta din pierderea unei ființe dragi, dintr-o boală gravă care atinge o persoană apropiată sau pe subiectul însuși, dintr-o maltratare sau un abuz suferit; experiența pierderii, atât din punct de vedere obiectual, cât și narcisic, pare a se afla cel mai adesea la originea experienței creatoare (Séchaud, 2005)[1].

Creativitate și traumă individuală

Numeroase situații de traume individuale sunt sensibile, în cadrul art-terapiei, la un ajutor salutar din partea creativității. În cazul bolilor grave, al accidentelor, doliului, violențelor și abuzurilor, experiența pierderii integrității psihice și somatice se găsește în prim-plan. Aceasta poate fi elaborată,

[1] Totuși, datorită variațiunilor interindividuale importante, devine dificil de determinat ce înseamnă traumă pentru un anumit subiect.

atunci, cu ajutorul unor tehnici de mediere, pentru a preveni închistarea traumei care riscă să sărăcească, într-o manieră depresivă, viața psihică, afectivă și relațională a subiectului. Roussillon, în prefața sa la lucrarea colectivă *Cliniques de la création* (Brun și Talpin, 2008, p. VII-VIII), atașează procesul creator unui „increat", unei latențe a înscrierii

> [...] unei experiențe subiective anterioare care nu a putut fi plasată istoricește în prezentul Eului, nici să-și găsească loc în psihicul epocii pentru a se integra în țesătura acestuia. [...] Poate fi vorba, în primul rând, de urmările unei experiențe traumatice, de necreat prin însuși caracterul ei traumatic, de o agonie primitivă trăită într-o absență a posibilității de înțelegere [...].

Următoarele două exemple clinice nu pretind că ar fi exhaustive, dar sunt suficient de reprezentative pentru a ilustra „increatul" respectiv. Este vorba de ateliere de art-terapie adresate, pe de o parte, femeilor bătute și, pe de altă parte, fraților și surorilor copiilor cu dizabilități.

Art-terapie și traumă individuală

Un atelier de art-terapie pentru femeile bătute

În cadrul recentului program spaniol împotriva violenței conjugale, Montse Omenat a înființat, în *casas de agocida*, ateliere de art-terapie pentru femeile bătute. Ea estimează că art-terapia este foarte indicată în rândul acestei populații fragilizate, întrucât, „pentru cei care au trăit violența, cuvântul nu este întotdeauna ușor de rostit, el lovindu-se de numeroase rezistențe. Art-terapia reprezintă deci un limbaj alternativ foarte adecvat în acest tip de context". Astfel, medierea prin artă le permite acestor femei să-și exprime mai facil emoțiile, senzațiile și sentimentele adesea complexe, ambivalente și contradictorii. Cu ajutorul suportului creativ, furia, teama, ranchiuna, culpabilitatea își pot găsi o expresie, în timp ce „aceste femei au fost mult timp obligate să-și reprime sentimentele și emoțiile. Teama le-a făcut să-și piardă obișnuința de a se exprima". Creația apare acolo unde cuvintele fac prea rău sau lipsesc. În cazul femeilor imigrante, care nu cunosc întotdeauna limba, acesta este uneori singurul mijloc care le permite profesioniștilor să comunice cu ele. Totodată, activitatea creatoare, care nu este percepută ca directivă și intruzivă, poate contribui la învingerea temerilor și a neîncrederii față de instituțiile care oferă adăpost.

Este la fel ca o metaforă, precizează Montse Omenat (2006). Ele pot vorbi de lucruri foarte dureroase, prin intermediul unui personaj pe care l-au creat. În plus, majoritatea acestor femei nu au încredere în ele, au o stimă de sine foarte scăzută, violențele și condiționările psihice pe care le-au suportat le-au afectat mult din punct de vedere psihologic. Cel care le-a maltratat le-a convins că sunt nule, bune de nimic, că nu știu să facă nimic și nu au nicio valoare; atunci, creând, își dau seama că pot face lucruri, că pot fi capabile să facă unele lucruri chiar frumoase, că au numeroase resurse interioare. Adesea, ele se surprind pe ele însele.

Totuși, trebuie subliniat că, pentru a fi întreagă, experiența art-terapiei este în mod necesar însoțită de o reluare, o punere în cuvinte ce are ca scop atât distanțarea, cât și apropierea.

Un atelier de art-terapie pentru frații copiilor cu handicap

Numeroși autori, precum Scelles (2003), Schauder (1998, 2003, 2004), Ciccone, Korff-Sausse, Missonnier și Scelles (2007) au atras atenția asupra faptului că sosirea unui copil cu handicap în familie reprezintă un traumatism nu numai pentru părinți, ci și pentru frați și surori. Astăzi se știe că acest eveniment are complexe repercusiuni asupra devenirii psihice a *fiecăruia* dintre membrii familiei, asupra felului său de a fi în lume, a identității sale sociale, a rolului și modalităților sale de relaționare. Diferitele lucrări în acest domeniu ne determină să reflectăm la formele și direcțiile pe care le poate lua, concret, reziliența asistată a fratriilor copilului cu handicap. Întrebarea care ne călăuzește gândurile este următoarea:

Am putea obține instrumente terapeutice, chiar pedagogice, dacă tradiționala „luare în evidență" ar fi înlocuită cu o abordare care valorizează resursele vieții, potențialitățile individului și ale mediului său, dezvoltând „speranța" sub formă de reparație sau de creație? (Aïn, 2007, p. 7)

Pornind în special de la ideea potrivit căreia un travaliu asupra identității poate avea o funcție structurantă și protectoare, pot fi făcute câteva sugestii de tratament având drept axă centrală creativitatea, manifestată în mod esențial în metoda de grup.

Împărtășirea experiențelor cu persoane aflate în aceeași situație permite întreruperea izolării, crearea unui sentiment unificator de apartenență, relativizarea și chiar pozitivarea situației fratriei. Astfel, afilierea la grupul terapeutic permite:

- lupta împotriva sentimentelor de respingere şi contribuie, prin intermediul umorului, la dezvoltarea unor mecanisme de apărare mai mature;
- angajarea într-un travaliu de diferenţiere şi de construire identitară, ţinând cont de specificitatea experienţei de frate/soră a unui copil cu handicap, totuşi fără a-şi limita identitatea la aceasta;
- dezvoltarea unor centre de interes autonome, în afara temei handicapului, pentru a evita o focalizare excesivă asupra acestuia.

Totodată, este bine să se păstreze o prudenţă faţă de fenomenele de grup, acestea putând bloca subiectivitatea şi crea o presiune prin normele impuse membrilor săi. De fapt, clinicianul va veghea în acelaşi timp la coeziunea grupului şi la exprimarea individuală a fiecăruia, favorizând atât experienţa de grup cât şi diferenţierea. În interiorul grupului, un loc specific va fi acordat creativităţii, care se înscrie explicit în metoda art-terapiei şi, într-o manieră mai largă, în activităţile culturale axate asupra handicapului.

Astfel, delimitându-ne de perspectiva patocentrică prevalentă, am abordat în cercetarea şi în demersul nostru clinic mijloace de consolidare a resurselor şi de favorizare a proceselor de rezilienţă în cazul fraţilor copilului cu handicap (Schauder, 2009). Trauma necesitând elaborare, asociere, simbolizare şi verbalizare, aceste patru procese pot fi susţinute în mod eficient prin tehnici creative oferite în cadrul unui atelier de art-terapie. Această metodă favorizează, conform lui Sudres (1998, 2005):

- transferul şi contratransferul care sunt controlate prin mediere;
- proiecţia conflictelor inconştiente;
- exprimarea emoţională;
- reprezentarea conflictelor cu ajutorul unui al treilea obiect;
- sublimarea;
- secundarizarea (substituirea proceselor primare dominate de principiul plăcerii prin procesele secundare dominate de principiul realităţii).

În consecinţă, art-terapia poate fi recomandată cu încredere fraţilor copiilor cu handicap. Favorizând accesul la mecanisme de apărare mai mature, precum sublimarea, umorul şi afilierea, producţia artistică contribuie la renarcisizarea lor şi la valorizarea lor identitară, care constituie un factor de

protecție eficient[1]. În funcție de vârstă și de parametrii clinici, art-terapeutul va alege ca tehnică de mediere desenul, colajul, jocul, fotografia, filmul, teatrul, dansul sau chiar muzica[2]. La fel, pare deosebit de interesantă utilizarea unor activități culturale, precum:

- literatura pentru tineri specializată pe tema handicapului;
- teatrul (de exemplu, *Festivalul european de teatru și handicap*, care are loc în fiecare an);
- filmele având ca subiect handicapul (*Le Huitième jour*, care vorbește despre experiența unui subiect trisomic; *Elle*, documentarul pe care Sandrine Bonnaire l-a dedicat surorii sale autiste etc.);
- ciclurile de film organizate de *ciné-ma difference*, deschise familiilor cu un copil cu handicap;
- *Zilele handicapului*.

Aceste diferite elemente le permit fraților și surorilor:

- să experimenteze înscrierea handicapului în cultural și în societate;
- să-și depășească sentimentul de excluziune, respingere și rușine;
- să lupte împotriva stigmatizării dureroase.

Creativitate și traumă colectivă (război, lagăre de exterminare, catastrofe)

În această secțiune vom aminti pe scurt aspectele istorice ale situațiilor de traumă colectivă și le vom ilustra prin exemple clinice actuale.

A dori să tratezi într-o manieră exhaustivă problemele complexe ridicate de creativitate în fața traumelor colective ar fi prezumțios, atât de vaste și de delicat de abordat sunt problemele[3]. În cadrul restrâns al capitolului de față nu putem aminti decât câteva repere, aparținând atât lucrului cu copilul, cât și cu adultul:

---

1 Să ne amintim că Cyrulnik (1999, 2002) identifică, printre mecanismele de apărare utilizate preferențial de către subiecții rezilienți, sublimarea, controlul afectelor, altruismul și umorul, toate aceste mecanisme fiind stimulate de activitatea creatoare.

2 *Cf.* meloterapia propusă de McFerran, Roberts și O'Grady (2010) adolescenților îndoliați.

3 Pentru o discuție mai detaliată a problematicii, citiți Altounian J. (2000), *La Survivance. Traduire le trauma collectif*, Dunod Paris; Waintrater R. (2003), *Sortir du génocide*, Payot, Paris; Stern A.-L. (2004), *Vivre après les camps* și numărul 438, din ianuarie 2005, al *Magazine littéraire*, seria de articole *La littérature et les camps*.

- În studiul lor de pionierat, Alfred și Françoise Brauner au adunat, începând din 1937, pe parcursul a 60 de ani, desene ale unor copii aflați în situații catastrofale (copii supraviețuitori ai războiului din Spania, supraviețuitorii lagărelor de la Auschwitz și Buchenwald, refugiații din Liban și din Afganistan, victimele războaielor din Golf și din Kosovo);
- Anna Freud și Dora Burlington au publicat *Anstaltskinder* (1949), care conține desene ale unor copii orfani. Ele se numără printre primii clinicieni care au pus problema rezilienței acestor copii, observând capacitatea lor de adaptare la o situație disperată.

Precizăm că desenul reprezintă, în aceste contexte dramatice, mijlocul privilegiat al copilului de a exprima și a reprezenta totodată trauma suferită, pentru ca ulterior să se poată elibera de ea. Totuși, dorința de „a vindeca" o traumă, care se caracterizează tocmai prin faptul că lasă o urmă de neșters în psihicul subiectului, este destul de îndrăzneață. În fața ireparabilului, este vorba mai mult de „a încerca să faci împreună cu" decât de „a vrea să faci fără", clinicianul trebuind să dea dovadă de o mare prudență și modestie în ceea ce privește obiectivele sale care, departe de a-și propune o *restitutio ad integrum*, nu vor avea decât o funcție paliativă, care să înlocuiască și să atenueze suferința subiectului. În același timp, reprezentarea evenimentului traumatizant participă la o renarcisizare a copilului care, dintr-o victimă pasivă a suferinței, devine actor care stăpânește nu evenimentul în sine, ci restituirea sa, care poate lua forme foarte diferite în timp. Clinicianul va fi atent la mecanismele de apărare desfășurate, putând trece de la mecanisme numite primitive, precum negarea și clivajul, la identificarea cu agresorul și apoi, în cel mai bun caz, la umor, altruism și sublimare.

Pentru subiectul adult, repercusiunile nefaste pe care le are trauma sub forma, de exemplu, unei tulburări de stres posttraumatic (TSPT) pot fi atenuate prin recursul, uneori spontan, alteori indus, la mărturie și povestire. Din insuportabilă și distrugătoare, experiența traumatică devine, cel puțin parțial, comunicabilă cu ajutorul creativității. Care sunt caracteristicile comune ale acestor mărturii? Activitatea de a relata, de a mărturisi, de *a narra*, face parte din strategiile de supraviețuire în condiții de viață atroce. Subiectul încearcă să-și înscrie suferința într-un context mai larg, chiar universal, adresându-se umanității cu speranța că prin mărturia sa va putea crea un *documentar* al traumei, pentru a preveni repetarea sa. Pentru el, semnificația este aceea de a opune barbariei un act de civilizare — scrisul sau, într-un sens mai larg, activitatea creatoare care permite realizarea unei legături, conferirea

unui sens, care să echilibreze absurditatea evenimentelor trăite. Adresându-şi relatarea celuilalt, supravieţuitorul lasă generaţiilor viitoare o urmă a experienţei sale traumatizante. Schimbând perspectiva, îşi mută centrul de interes de la nefericirea sa individuală, o relativizează, chiar îi conferă utilitate prin mărturia altruistă[1]. Reinterpretarea şi reevaluarea, uneori chiar pozitivă, a experienţei sale, eliberarea progresivă ce permite creaţia şi, în fine, distanţarea favorizată de umor şi de sublimare sunt calităţi care participă la însăşi definirea rezilienţei, în cazul acesta, spontană. În ciuda forţei sale intruzive, destructurante şi devastatoare, trauma este parată, reîncadrată, relativizată — faptul de a exprima, de a depune mărturie, dezvăluie o funcţie de reumanizare, de reparaţie prin intermediul simbolizării, care permite creaţia.

Totodată, este interesantă sublinierea unui anumit paradox în această apropriere a traumei prin intermediul creativităţii: cu siguranţă, sublimarea[2] prin intermediul căreia poate avea loc mărturia este un mecanism de apărare mai elaborat din punct de vedere calitativ decât negarea şi clivajul, care sunt mecanisme mai primitive, deşi mai des utilizate pentru a face faţă traumelor. Dacă se ştie că valoarea adaptativă a acestora din urmă este redusă şi limitată în timp, suprainvestirea traumei poate fi tot atât de nocivă pentru funcţionarea psihică a subiectului. Acesta riscă atunci de a-şi construi o identitate circumscrisă exclusiv experienţei sale traumatizante şi de a se închide în cercul vicios al victimizării sale. Nici banalizare, nici dramatizare, nici uitare, nici hipermnezie, nici minimizare, nici exagerare — o atitudine productivă şi sănătoasă faţă de traumă se găseşte, fără îndoială, undeva la mijloc. Este important ca în contextul unui travaliu terapeutic, clinicianul să ştie să localizeze şi să ocupe chiar el această poziţie mediană, pentru a nu provoca sau alimenta, printr-o atenţie excesivă, reînsufleţirea perpetuă a traumei[3]. Invers, o atitudine prea puţin empatică din partea terapeutului va creşte sentimentul de solitudine şi de izolare al subiectului. Acesta se poate simţi

---

[1] Trebuie deosebită relatarea literară, în care un scriitor recunoscut îşi povesteşte experienţa dureroasă de mărturia pe care o aduce un subiect fără experienţă de scriitor, mai puţin interesat de calităţile estetice ale textului său decât de transmiterea experienţei sale şi de urgenţa apelului său.

[2] Menţionăm că nu este cazul aici de sublimarea pulsiunilor sexuale, ci a pulsiunilor distrugătoare, atât externe, cât şi interne, acestea din urmă fiind mobilizate cu precădere de identificarea cu agresorul şi de aspectul disperat şi fără ieşire al situaţiei. Iar scrisul protejează subiectul împotriva ideilor suicidare şi a întoarcerii spre sine a agresiunii primite.

[3] Fără o conştientizare a contratransferului specific mobilizat de abordarea subiecţilor traumatizaţi, specialistul poate chiar să cadă pradă voyeurismului sau plăcerii morbide de a asculta relatările repetate ale ororii. Atunci, trauma însăşi va fi transmisă, şi nu elaborarea sa, căpătând o nouă valoare de traumă (*cf. Transmission de la vie psychique entre générations* de Kaës *et al.*, 2001).

trimis înapoi fără drept de apel la atrocitatea experienței care îl rupe definitiv de celălalt, chiar și de umanitate în ansamblul său, în timp ce, odată cu lucrarea princeps a lui Herman (*Trauma and recovery*, 1992), recuperarea traumei implică în mod necesar restabilirea legăturilor, recăpătarea vitalității și recucerirea sentimentului de control și de autonomie al subiectului.

Art-terapie și traumă colectivă

Josée Leclerc consacră funcției pe care o are arta în elaborarea traumei o lucrare despre strategiile de supraviețuire în arta concentrațională a șase artiști deportați în închisorile și lagărele naziste. Acest proiect constituie prima etapă a unui program mai vast pe care ea dorește să-l dedice studiului artei produse în contextul unui genocid sau al unui război și menținerii capacității de creație într-o situație traumatizantă. Pornind de la aceste situații, art-terapia a fost utilizată în numeroase rânduri, după catastrofe precum cutremurul de pământ de la Los Angeles (Roje, 1995), tornada Andover (McDougall, 1992) și în cazul veteranilor și civililor care au supraviețuit războiului (Collie, Backos, Malchiodi și Spiegel, 2006; Baker, 2006). Astfel, vom descrie mai amănunțit două ateliere de art-terapie care au avut loc ulterior unor traume colective, unul condus de Chilkote (2007) în Sri Lanka, după tsunamiul din 2004 și celălalt de Chu (2010), în Rwanda, după genocidul din 1994.

Intervenția realizată de Rebekah Chilkote în Sri Lanka

Într-un program finanțat de *International Child Art Foundation*, Chilkote (2007) a asigurat, pe parcursul a patru săptămâni, o intervenție săptămânală de o oră de art-terapie, în cazul a 113 copii școlarizați. Pentru a justifica alegerea art-terapiei, Chilkote (2007, p. 157) avansează, bazându-se pe publicațiile disponibile, următoarele argumente:

— art-terapia ar fi cea mai bine adaptată pentru tratamentul TSPT, permițând reducerea simptomelor imediate, precum evitarea fobică și anestezia emoțională. Totodată, această metodă ar permite reintegrarea amintirii traumatizante în experiența subiectivă a subiectului care nu a putut sau nu a știut să ajungă acolo doar prin verbalizare;

- art-terapia ar fi indicată mai ales în cazul copiilor care au suferit o traumă dificil de verbalizat și care ar putea fi perlaborată mai ușor cu ajutorul suportului creativ;
- utilizarea imaginilor ar fi foarte eficientă pentru prevenirea sau reducerea TSPT. Având în vedere că memoria stochează trauma sub formă de imagine, art-terapia ar fi utilă pentru a o atinge și a o transforma;
- desenul, prin calitatea sa de suport, i-ar ajuta mai mult pe copii să-și exprime emoțiile și să-și verbalizeze experiențele, decât simplul fapt de a-i îndemna să facă acest lucru în lipsa suportului creativ. Vizualizarea traumei în desen și reproducerea sa simbolică ar permite, de asemenea, controlarea și modularea impactului emoțional;
- după conceptul de *empowerment* (apropiere a puterii), art-terapia, prin producerea de obiecte valorizate, va ajuta la restaurarea sentimentului de competență și de control al subiectului care a fost profund distrus de traumă;
- cele patru etape ale travaliului terapeutic ar consta în invitația făcută copiilor (a) de a-și exprima starea actuală; (b) de a nara, în propriul ritm, evenimentul traumatizant; (c) de a trata emoțiile aferente și, în cele din urmă, (d) de a integra evenimentul traumatizant în povestea vieții lor.

În etapa de control, Chilkote (2007) a repartizat copiii sri lankezi cu vârste cuprinse între 5 și 13 ani în grupuri de aproximativ 10 copii. S-a apelat la un traducător care a servit ca mediator lingvistic și cultural și s-au abordat patru cicluri tematice: *Viața mea: cine sunt eu; Ziua pe care nu o voi uita niciodată; Locuri și amintiri sigure* și, în cele din urmă, *Trei dorințe*. Foarte pe scurt, prima ședință a fost dedicată prezentării, a doua reprezentării, de către cei care se simțeau pregătiți, a experienței tsunamiului, având, totodată, posibilitatea de a aborda o altă zi care i-a marcat. A treia ședință trebuia să permită reperarea unor locuri sigure și să ajute la apariția unor amintiri cu rol de sprijin, ultima ședință realizând deschiderea spre proiectarea în viitor. Conform lui Chilkote, copiii au participat cu plăcere la ședințele propuse și au apreciat cadrul securizant și călduros, ca și atitudinea binevoitoare a terapeutului. Totuși, numărul redus de ședințe, ca și absența evaluărilor după un termen mediu și lung fac dificilă aprecierea exactă a eficienței acestui demers umanitar.

Proiectul din Rwanda al lui Valérie Chu

În proiectul său de art-terapie, Valérie Chu (2010) se bazează pe lucrarea de referință *Trauma and recovery* a lui Herman (1992), care menționează existența a trei etape salutare ulterioare traumei: restabilirea securității, amintirea și trăirea doliului, reatașarea de viață. Ea estimează că alegerea metodei art-terapiei comportă mai multe avantaje: este susceptibilă de a genera energie pentru schimbarea psihică; favorizează emergența materialului refulat; sprijină și restaurează, prin intermediul producției artistice, sentimentul de identitate care a fost puternic afectat de traumă; permite perlaborarea experienței traumatizante într-un context securizant; în cele din urmă, vizează reintegrarea sa în povestea vieții subiectului și îl ajută să scape de repetiția compulsivă a reacției la traumă.

În acest scop, Valérie Chu a propus la Kigali, trei veri la rând, ateliere de art-terapie pentru tineri cu vârste cuprinse între 18 și 25 de ani, supraviețuitori ai genocidului. Atentă la respectarea contextului cultural, în cadrul unor grupuri formate din aproximativ opt membri, ea i-a rugat să contruiască niște cutii individuale, permițând lucrul asupra interiorului și exteriorului, a imaginii de sine și a intimității. Întâlnindu-se de două ori pe săptămână de-a lungul unei perioade de trei până la opt săptămâni, membrii s-au angajat în această activitate cu scop renarcisizant, care a constituit, totodată, suportul schimburilor în cadrul grupului și al exprimării individuale atât a experienței traumei colective, cât și a proiectelor de viitor, mai luminoase. Conform lui Chu (2010), tinerii adulți au beneficiat din plin de regularitatea, de ritmul și de ambianța necondiționat binevoitoare a ședințelor propuse. Ea descrie mai în detaliu ameliorarea a trei dintre pacienții săi fără a se putea asigura totuși de perenitatea progreselor clinice pe termen mediu și lung.

Concluzie

Dacă încercăm, în chip de concluzie, să rezumăm punctele comune ale diferitelor programe menționate în acest capitol și bazate pe creativitate, constatăm că acestea propun, în esență:

— un cadru securizant, cuprinzător și binevoitor. Astfel, grupul oferă, prin intermediul unor trăiri similare, o punere în comun a experienței traumatizante, această reciprocitate având un scop reumanizant și reafiliativ important;

- o abordare în mai multe etape, bazată pe crearea unei relații de încredere și pe o atitudine nonintruzivă și empatică a specialistului care, mai ales prin intermediul unor instrucțiuni suficient de ambigue, respectă alcătuirea defensivă a pacientului său. Aceste instrucțiuni trebuie să-i permită fie să-și poată exprima trăirea traumatizantă, dacă se simte gata să o abordeze, fie să mențină o negare protectoare pentru a-și îndrepta interesul spre tematici substitutive, mai recreative și îndepărtate de traumă;
- o reprezentare a evenimentului traumatizant. Aceasta contribuie, prin intermediul creării și reprezentării, la recăpătarea unui sentiment de control, a unei „reînstăpâniri" și a unei reinvestiri progresive și pozitive în proiecte;
- o detașare progresivă de evenimentul traumatizant, asemănătoare travaliului de doliu. Reluarea evoluției trece, cu necesitate, prin integrarea evenimentului în narațiunea autobiografică a subiectului și prin abolirea încremenirii pauperizante și inhibitoare pe care trauma a produs-o inițial în viața sa psihică.

Pornind de la aceste practici de reziliență asistată, care ar fi factorii care contribuie într-o manieră mai specifică la eficiența terapeutică a activității creatoare? Am observat că, în cadrul art-terapiei, tehnicile de mediere au drept scop favorizarea simbolizării traumei, elaborarea sa progresivă prin intermediul relansării asociațiilor și, în cele din urmă, verbalizarea emoțională. Ansamblul acestor procese are în vedere:

- o clarificare a unei situații inițial confuze;
- o ordonare a dezordinii, prin intermediul structurării și formalizării;
- o punere în formă a informului care a amenințat subiectul;
- o punere în cuvinte și o figurabilitate a sentimentelor intime și a emoțiilor;
- o distanțare de conflictele interne, prin exteriorizarea lor;
- o proiecție a conflictelor inconștiente astfel „exorcizate";
- un mod de exprimare mai puțin simptomatic, mai valorizat din punct de vedere social;
- o suferință subiectivă;
- o validare narcisică, prin intermediul obiectului creat;
- o plusvaloare estetică generată de opera produsă;
- o reciprocitate, o comunicare cu celălalt prin intermediul obiectului creat.

Atingerea acestor obiective participă într-o manieră complexă la construirea rezilienței asistate. Astfel, aceasta va trebui să facă obiectul unor cercetări mai sistematice și comparative, pentru o validare în același timp conceptuală, clinică și științifică.

Bibliografie

Aïn J. (coord.) (2007), *Résiliences. Réparation, élaboration ou création?*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

Baker B.A. (2006), Art speaks in healing survivors of war: The use of art-therapy in treating trauma survivors, *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, vol. 12, nr. 1, p. 183–198.

Chilkote R. (2007), Art therapy with child tsunami survivors in Sri Lanka, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, vol. 24, nr. 4, p. 156–162.

Chu V. (2010), Within the box: Cross-cultural art-therapy with survivors of the Rwanda genocide, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, vol. 27, nr. 1, p. 4–10.

Ciccone A., Korff-Sausse S., Missonnier S. și Scelles R. (2007), *Cliniques du sujet handicapé. Actualité des pratiques et des recherches*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

Collie K., Backos A., Malchiodi C. și Spiegel D. (2006), Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, vol. 23, nr. 4, p. 157–164.

McDougall Herl T.K. (1992), Finding light at the end of the tunnel: Working with child survivors of the Andover tornado, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, vol. 9, nr. 1, p. 42–47.

McFerran K., Roberts M. și O'Grady L. (2010), Music Therapy with bereaved teenagers: A mixed methods perspective, *Death Studies*, vol. 34, nr. 6, p. 541–565.

Omenat M. (2006), Arteterapia con mujeres que han sufrido violencia de género: Valor y uso del objeto artistico, în Francisco J. Coll Espinosa (coord.), *Arteterapia. Dinamicas entre creacion y procesos terapéuticos*, Murcia, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Pagani S. și Tesio E. (2007), Au-delà du traumatisme, la créativité, în A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier și R. Scelles (coord.), *Cliniques du sujet handicapé. Actualité des pratiques et des recherches*, Ramonville Saint-Agne, Erès, p. 153–178.

Roje J. (1995), L. A. '94 earthquake in the eyes of children who were victimis of disaster, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, vol. 12, nr. 4, p. 237–243.

Roussillon R. (2008), *L'incréé et son intrigue*, în A. Brun și J.M. Talpin (coord.), *Cliniques de la création*, Bruxelles, De Boeck, p. VII-VIII.

Scelles R. (2003), Formaliser le savoir sur le handicap et parler de leurs émotions: une question cruciale pour les frères et sœurs, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 51, nr. 7, p. 389–396.

Schauder S. (1998), Possibilités de prévention auprès de la fratrie de l'enfant handicapé, *Revue française de psychiatrie et de la psychologie médicale*, vol. 28, p. 89–96.

Schauder S. (2003), La fratrie de l'enfant handicapé – entre mythe est réalité, *Contraste, revue de l'ANECAMSP*, vol. 18, p. 75–93.

Schauder S. (2009), Résilience et art-thérapie: apports et limites d'un dispositif thérapeutique, în N. Nader-Grosbois (coord.), *Résilience, régulation, qualité de vie*, documente prezentate la şedinţa celui de-al patrulea Forum internaţional, Louvain-la Neuve, Presses Universitaires de Louvain-la-Neuve, p. 245–252.

Séchaud E. (2005), Perdre, sublimer..., *Revue française de psychanalyse*, vol. 69, nr. 5, p. 309–1379.

Partea a treia

Traume colective

XIII.

Reziliență în urma marilor catastrofe: joncțiuni între individual și colectiv

Michèle Vitry și Clara Duchet

De la mituri și până la realitățile cele mai crude, peste tot în lume și din toate timpurile se vorbește despre catastrofe... Atunci când se manifestă mânia lui Dumnezeu, fantasma omnipotenței umane este redusă la zero: tehnica, previziunile, prevenția, controlul riscului, știința etc., nu sunt întotdeauna suficiente pentru a evita catastrofa naturală (furtună, uragan), ecologică, umană (atentat terorist, luare de ostatici) sau tehnologică (prăbușirea unui avion, accident colectiv) etc. Destinul oamenilor, în ceea ce are fiecare unic, dar și comunitatea căreia îi aparțin și istoria la care participă sunt mereu afectate, marcate, împietrite și chiar traumatizate. În același timp, ca în orice eveniment, oricât de traumatizant este în aparență, pot fi reperați germeni ai rezilienței: componente intrapsihice și interrelaționale, dimensiuni individuale și grupale, desfășurându-se în sprijinul unei metamorfoze a traumei. Iar unele metode adaptate le permit o mai bună manifestare. Capitolul de față își propune să le studieze pornind de la joncțiunea dintre individual și colectiv. Mai întâi vom defini caracteristicile specifice acestui tip de evenimente pentru a evidenția astfel principalele lor efecte psihopatologice pe termen scurt și lung, apoi factorii de risc observați în literatură și în propriile experiențe. Apoi vom aborda factorii de protecție și vom situa reziliența în câmpul practicii noastre și în continuare vom detalia diversele planuri de îngrijire și tratament derulate în lume în timpul marilor catastrofe, dintr-o perspectivă a „rezilienței asistate" sau a unei reziliențe pe care o vom numi aici, mai curând, *acompaniată*.

Particularităţi psihopatologice şi societale

Sprijinindu-ne pe diferite dicţionare, din diverse epoci, ne amintim că termenul *catastrofă* (provenit din grecescul *katastrophê* — bulversare) îşi are originea în teatru şi literatură, unde desemna „deznodământul" principal şi final al unei piese, al unui poem, înscriindu-se în general în registrul tragicului. Bineînţeles, apar apoi accepţiunile mai cunoscute de „dezastru înspăimântător, calamitate, flagel, neşansă, dezastru etc.", care afectează un mare număr de persoane. Modul său literar de utilizare, interesant din punctul de vedere al practicii noastre, scoate în evidenţă două elemente:

— evenimentul se situează pe scena publică, adresându-se populaţiei (precum mesajul trimis de zei în mitologie) şi
— marchează un final printr-o ruptură brutală, un deznodământ tragic.

Evoluţiile ulterioare pun accentul, în plus, pe:

— dezastru şi intensitatea durerii;
— ca şi pe caracterul de şansă potrivnică al acestei bulversări.

Din punct de vedere psihopatologic, evenimentul traumatizant — atunci când implică o colectivitate — generează nu numai o bulversare psihică individuală, ci creează şi efigia ideii de traumă colectivă (Crocq, 1999; Navarre, 2007). Evenimentul catastrofic, oricare ar fi el, suspendă mişcarea cotidiană a unei populaţii: îi opreşte cursul... marchează simbolic sfârşitul unei epoci (ca o revoluţie), sfârşitul unui ideal („riscul zero", de exemplu), finalul unei crize, al unui mod de funcţionare etc. Nimic nu va mai fi apoi ca înainte pentru comunitatea lovită de o catastrofă. „Trebuie trase învăţăminte, lecţii" se poate citi din loc în loc în presă, pentru ca „niciodată..." să nu mai apară o astfel de încercare; pentru ca, am putea spune, colectivitatea să se poată reînscrie într-un mit, într-un ideal, să reia dezvoltarea, care va reintroduce puţin câte puţin perspective de viaţă şi de viitor la un popor marcat de o întrerupere (a unei activităţi aeroportuare, a cotidianului, a unui anumit tip de viaţă, de exemplu), de moarte (a compatrioţilor, familiilor, prietenilor, apropiaţilor etc.) şi de pierdere (a bunurilor, caselor, habitusului, legăturilor etc.). Dar, înainte

de revenire, prevalează constatarea pagubelor, a daunelor, a ireparabilului, cufundând colectivitatea într-o etapă marcată de traumă.

Trauma individuală și colectivă

Fără a relua aici toate principiile lucrărilor freudiene necesare pentru înțelegerea traumei psihice individuale (Duchet, 2009; Vitry, 2007a), vom puncta principalele caracteristici asociate bulversărilor induse cu precădere de catastrofele colective. Trauma — ca eveniment în viața unui subiect sau a unei colectivități — lovește cu violență, intensitate și surpriză (importanța caracterului imprevizibil și incontrolabil), distrugând prin aceste trei procedee conjugate întreaga funcționare obișnuită și anterioară (mecanisme de apărare, comportamente, atitudini, obișnuințe, gânduri, valori, fantasme etc.). În plus, evenimentul traumatizant „sparge" cadrele:

— un înveliș psihic și corporal la nivel individual;
— un înveliș societal, familial și de grup la nivel colectiv.

Acest fenomen efracționar ne va determina să luăm în considerare noțiunea de *rană* (psihică și fizică, la toate nivelurile), dar și pe aceea de *reparație* necesară a acestei sfâșieri care poate — ca toate efracțiile — să lase urme, o cicatrice pe termen mai lung. Apoi, trauma are particularitatea de a confrunta subiectul cu propria sa moarte: realitate fără imagine sau reprezentare în psihic (întrucât, ca regulă, nimeni nu revine din lumea morților) care se situează, astfel, de partea inexprimabilului. Limbajul purtător de sens este atacat, la fel ca și învelișul protector.

Persoana care trăiește un eveniment cu caracter traumatizant nu rămâne intactă. Totuși, este necesar să insistăm asupra importanței rezonanței subiective a unui eveniment: pentru individ, ca și pentru colectivitate, acesta intervine într-o poveste de viață și, totodată, trezește trăiri anterioare (traumatice sau nu!), care pot fi de natură foarte diversă (persecuție, abandon, teamă arhaică, culpabilitate, rușine, neputință etc.). Evenimentul, oricare ar fi el, nu va putea căpăta treptat un sens pentru indivizi decât dacă este elaborat în relație cu alte fapte, trăiri, evenimente etc. și se ia în considerare apartenența lui la acestea (Cyrulnik și Seron, 2003; Duchet, 2006a; Hanus, 2002; Vitry, 2002). Dacă insistăm aici asupra impactului, în mod necesar subiectiv, al evenimentelor traumatizante, aceasta este și pentru a înțelege mai bine datele

cantitative expuse în continuare: nu fiecare persoană confruntată cu același eveniment, oricât de tragic ar fi acesta, manifestă neapărat tulburări posttraumatice sau psihopatologice (Anaut, 2003; Baccino & Bessoles, 2003; Duchet, Jehel și Guelfi, 2000).

Totuși, la nivelul colectivității, trauma păstrează o mare putere dezorganizatoare, mai ales când aduce cu sine moartea. Astfel, efracția traumatizantă poate provoca fracturi în interiorul unui grup, al unei comunități, al unei țări, țesătura unor legături sociale realizată cu migală se poate destrăma, cadrul social poate fi distrus sau atacat.

Moartea colectivă, o catastrofă specifică: pornind de la exemplul din Haiti

Anumite catastrofe naturale, precum seismul din China anului 2008 și, mai recent, dramaticul seism din Haiti, se caracterizează printr-un număr foarte ridicat de morți, de neimaginat, și o distrugere parțială a posibilităților de viață pe un pământ devastat, generând o ruptură radicală în modul de viață al supraviețuitorilor, dar și în ritmul lor psihic. Aceste „morți colective" ascund un mare potențial pentru dezordine nu numai din cauza distrugerii structurilor sociale, ci și ca o consecință a impactului psihologic pe care îl au asupra oamenilor (Clavandier, 2004; Vitry, 2007a).

La nivel sociologic, actele de violență exogenă întreprinse asupra ființelor umane penetrează în domeniul emoțiilor, în principal datorită aspectului lor iremediabil. În mod progresiv, în zilele care urmează, amenințarea capătă contur ca forță atotputernică, independentă de orice voință umană. Reperele, atât spațiale, cât și temporale, sunt perturbate, iar structurile vieții colective, de exemplu în orașul Port au Prince, sunt deteriorate, chiar distruse pe porțiuni întregi printr-un proces de aglutinare, pierzându-și astfel funcția de reglare a vieții sociale.

Urgența socială necesită stabilirea unor priorități și o ierarhizare a intervențiilor care se presupune că reglează în parte problema traumei colective, printr-o cursă contra cronometru pentru salvarea de vieți și pentru numărarea și identificarea victimelor. Se trece de la un ritm al vieții obișnuite la un ritm de urgență. Dacă structurile publice nu se ocupă rapid de catastrofă, dacă nu este transformată într-o problemă a societății, riscurile apărute se pot multiplica, fiind ca și cum ea și-ar urma acțiunea cataclismică, fără posibilitatea vreunui control. Această reprezentare are un impact asupra comportamentelor

colective: în Haiti, numărul morților, imposibilitatea de a grupa toate cadavrele într-un loc denumit „capelă", peregrinarea supraviețuitorilor fără locuință au constituit tot atâția factori de risc, în condițiile în care perioada de reconstrucție a trebuit să fie amânată. Atâta timp cât cadavrele rămân pe loc, o revenire la ordine este imposibilă. Să ne amintim temerile de epidemie apărute în Haiti, vădind angoase puternice în jurul pericolului pe care îl poate reprezenta proximitatea cadavrelor, atâta timp cât nu poate fi realizată separarea dintre morți și vii. A fost observată o mișcare oscilatorie, pe de o parte având loc acțiuni de solidaritate și mobilizări în sprijinul reumanizării, pe de altă parte o răsturnare a situației de partea dramei, un exemplu constituindu-l jafurile. Anumite familii au inventat soluții, ca acelea care au dat foc ruinelor caselor lor, găsind astfel un ritual de incinerare a cadavrelor rămase sub dărâmături.

Atunci când viața socială poate prevala asupra catastrofei dezumanizate, începe timpul amintirii: cu cât mai distrugătoare sunt catastrofele, cu atât întârzie mai mult procesul comemorativ.

În fiecare dintre aceste etape pot fi direct observați factori de reziliență colectivă:

- în etapa imediată, factorul de protecție exogen al mobilizării rapide a structurilor publice permite o responsabilizare socială și colectivă, care va duce, progresiv, la apariția ordinii din haos;
- în etapa postimediată, factorul de protecție endogen reprezentat de mișcările de solidaritate este esențial în fața sentimentului de abandon pe care îl are populația. A putut fi observat un alt factor de reziliență colectivă: supraviețuitorii s-au adunat spontan în anumite locuri, marea piață din Port au Prince, de exemplu, recreând astfel o colectivitate în care legăturile sociale de susținere reciprocă deveneau posibile în planul protecției și al împărtășirii nevoilor fundamentale, dar și protejarea persoanelor vulnerabile, cum sunt copiii sau persoanele vârstnice;
- în etapa de comemorare, un factor de protecție esențial, facilitator al reluării semnelor de viață, îl reprezintă ritualizarea în jurul separării dintre morți și vii, prin ceremonii de trecere cu un înalt potențial simbolic.

Consecinţe psihopatologice previzibile ale factorilor de risc

Date epidemiologice

Prevalenţa tulburărilor psihice după o catastrofă colectivă, redată de cercetările publicate, este întotdeauna subiect al problematizărilor şi cunoaşte mari variaţii, într-o asemenea măsură depinde de:

- tipul de eveniment care poate fi provocat de om (război, terorism, luare de ostatici etc.); de natură (cutremur, avalanşă, alunecări de teren etc.); de tehnică (explozia unei uzine, un accident de avion, prăbuşirea unei clădiri etc.);
- tulburările diagnosticate (stres acut, stres posttraumatic, tulburări depresive, anxioase etc.);
- criterii (internaţionale, specifice unei epistemologii etc.);
- momentele de evaluare a simptomatologiei (la câteva zile, luni, ani de la eveniment);
- instrumentele de măsură şi modalităţile de administrare (chestionare, scale de autoevaluare sau heteroevaluare, interviuri directe, telefonice sau prin curier etc.);
- evaluatori (specialişti sau nespecialişti, cu o formare mai amplă sau mai redusă etc.).

Totuşi, aceste date — chiar fluctuante de la un studiu la altul — se dovedesc a fi indicatori utili, cu precădere pentru că permit explicarea amplorii unui fenomen într-o anumită societate. Conform criteriilor DSM, prevalenţa tulburării de stres posttraumatic (TSPT) în rândul populaţiei generale şi în lume, pe durata întregii vieţi, evoluează în general între 1 şi 9%, cu niveluri mai ridicate la femei, subiecţii tineri (între 15 şi 24 de ani) şi în mediile defavorizate, atingând 10% din populaţia nord-americană (Breslau, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes şi Nelson, 1995; Priéto, 2001; Vaiva, Jehel, Cottencin, Ducrocq, Duchet, Omnes, Genest, Rouillon şi Roelandt, 2008). Această prevalenţă, măsurată în termeni de tulburări anxioase şi de comorbiditate psihopatologică, se ridică la nivel de 15 până la 44% (Demyttenaere, 2004; Jehel, Ducrocq, Genest, Duchet, Omnes, Rouillon şi Roelandt, 2008a; Jehel, Ducrocq, Duchet, Paterniti şi Vaiva, 2008b). Pe când cercetătorii se ocupă de grupuri de populaţie expuse la evenimente specifice, prevalenţa TSPT

devine evident mai îngrijorătoare, întrucât variază în cazul războaielor de la 2 la 71%, la refugiaţi între 26 şi 86%, la profesiile cu grad ridicat de risc între 7 şi 17%, la victimele atentatelor între 18 şi 43% şi atinge 80% în cazul victimelor violenţelor sexuale (North, Nixon, Shariat, Mallonee, McMillen, Spitznagel şi Smith, 1999; Duchet *et al.*, 2000; Duchet, 2002; Ionescu şi Jourdan-Ionescu, 2006). Comorbiditatea este, atunci, cu atât mai ridicată: tulburări anxioase şi depresive în primul rând, tulburări de comportament, cu precădere adictive, în al doilea rând. În cele din urmă, pe lângă considerabila suferinţă în care îi cufundă pe pacienţi simptomatologia psihotraumatică, lucrările prezintă consecinţele psihosociale uneori dezastruoase pentru ei (Beckham, Moore, Feldman, Hertzberg, Kirby şi Fairbank, 1998; Breslau, 2001; Marshall, Olfson, Hellmann, Blanco, Guardino şi Struening, 2001; Priéto, 2001). Totalitatea acestor date ridică tulburarea de stres posttraumatic la rangul de veritabilă problemă de sănătate publică şi dovedeşte necesitatea unei îngrijiri adaptate şi eficiente.

Date nosografice

După expunerea datelor epidemiologice care subliniază amploarea repercusiunilor catastrofelor în termeni de sănătate mentală, să examinăm pe scurt caracteristicile acestei simptomatologii. Conform DSM, dacă perturbările durează mai mult de o lună, socotind de la o lună după eveniment, este instalată tulburarea de stres posttraumatic (TSPT). Înaintea acestui interval sau pentru tulburări pasagere, în clasificările internaţionale se preferă utilizarea termenului de stres acut. Patologia posttraumatică se particularizează, înainte de toate, prin prezenţa la individ a unui sindrom de repetiţie (numit patognomonia nevrozei traumatice), compus din imagini ale scenelor traumatizante, evocări „înlănţuite", coşmaruri traumatizante, amintiri intruzive, poveşti repetitive etc. Un al doilea ansamblu de simptome caracterizează sindromul de evitare a locurilor, persoanelor, obiectelor, gândurilor, discuţiilor, imaginilor etc., care amintesc trăirea traumatică. Evitarea se naşte în general ca o apărare împotriva intruziunilor sindromului de repetiţie. Urmează, în cele din urmă, un cortegiu mai mult neurovegetativ de tulburări care înscriu trauma în corpul victimelor (tresăriri, hipervigilenţă, comportamente automate etc.). Dacă toate aceste complicaţii psihopatologice sunt specifice trăirii traumatogene individuale, ele trebuie examinate şi în funcţie de alte criterii: cultura, grupul de apartenenţă, toleranţa societăţii, ritualurile care

vor acționa într-un fel sau altul asupra acestor dificultăți (întărindu-le sau diminuându-le). Vom trata mai departe în capitolul de față importanța factorilor de protecție colectivi care ar putea influența destinul acestor tulburări. Până atunci, să nu uităm să subliniem și importanța acestor disfuncționalități individuale și uneori cronice (de-a lungul mai multor ani) care invalidează funcționarea socială, profesională, familială, relațională a individului traumatizat.

Factori de risc

Factorii de risc responsabili de apariția unei TSPT, unanim acceptați în literatura internațională (Birmes, Klein și Schmitt, 2006), sunt următorii: sexul (femeile prezintă, în medie, o prevalență de două ori mai ridicată a TSPT decât bărbații), antecedentele psihiatrice (tulburări depresive și anxioase, cu precădere), antecedentele traumatice infantile, ca și antecedentele psihiatrice familiale. În ceea ce privește severitatea tulburărilor, este de reținut mai ales influența trăirii subiective a evenimentului și a reacției emoționale a subiectului, ca și factorii suferinței peritraumatice, de intensitatea unei tulburări de stres acut și de disociere peritraumatică. Putem constata că cercetările se ocupă în continuare de descoperirea factorilor de risc individuali, factorii colectivi fiind mult prea dificil de operaționalizat (Gay și Duchet, 2007; Bromet, Sonnega și Kessler, 1998; Scelles, 2002). În același timp, abordarea factorilor de protecție și a metodelor care favorizează reziliența va permite discutarea câtorva.

În fața riscului, ființa umană a recurs adesea în organizarea sa psihică la mecanisme de apărare care accentuează banalizarea, chiar negarea sau minimizarea riscului. Aceste mecanisme care se găsesc la nivelul individului și la nivel colectiv au drept funcție menținerea a ceea ce numim „mitul nostru personal de invulnerabilitate" (Lebigot, 2005), care permite fiecăruia evitarea confruntării cotidiene cu angoasa existențială de a se ști muritor (Combalbert, 2009).

Noțiunea de factori de protecție corespunde aspectului preventiv, asociat acțiunii factorilor de risc în diferite situații de viață. Această noțiune este mai mult o stare de spirit individuală și colectivă raportată la situații concrete, decât liste de acțiuni recomandate: este vorba, din punct de vedere individual și colectiv, de a anticipa, adică de a menține în conștiința individuală și colectivă realitatea factorilor de risc înconjurători, oricare ar fi locul sau tipul activităților (petrecere a timpului liber, viață profesională etc.). De exemplu, domeniile Center Park oferă oaspeților lor o schimbare de peisaj sub formă de

petrecere a timpului liber în aer curat sau sub o boltă care recreează un context tropical, cu o grijă ridicată pentru siguranţă. Această noţiune de siguranţă şi de bulă evocă un recipient matern protector, care participă la această propunere de „vis" împărtăşit de oaspeţi şi de salariaţi. Dacă realitatea (accident, intruziune nedorită) vine să tulbure această atmosferă de „vis", reacţia psihică poate fi violentă. Factorii de protecţie nu se manifestă numai în crearea sistemelor de protecţie, ci şi în luarea în calcul a factorilor de risc inevitabili în realitate; „pentru că, dacă trebuie prevenită catastrofa, este nevoie să se creadă în posibilitatea sa înainte ca aceasta să se producă. Dacă, pe de altă parte, se reuşeşte prevenirea sa, irealizarea sa o menţine în domeniul imposibilului, iar eforturile de prevenţie par, retrospectiv, inutile" (Dupuy, 2003, p. 13).

Factorii de protecţie se vor situa, de asemenea, în domeniul prevenţiei secundare, adică în acela al abordării imediate şi postimediate, la nivel individual dar şi la nivel social, a efectelor traumei. Planurile de salvare, susţinerea psihosocială, dar şi îngrijirile medicale şi sociale sub formă de asistenţă psihologică oferite chiar la locul evenimentelor sunt tot atâtea metode care pot ajuta persoanele să recapete o poziţie de subiect, iar grupurile şi comunităţile să regândească cadrul şi limitele periclitate.

De la factorii de protecţie individuali şi colectivi la reziliență

Factori de protecţie

Studiile epidemiologice au dovedit-o: un număr important de persoane dezvoltă tulburări specifice după un eveniment colectiv, potenţial traumatizant. Această prevalenţă nedepăşind, din fericire, 80%, subliniem şi că datele respective scot în evidenţă faptul că o parte considerabilă a acestei populaţii (între 20 şi 60% în medie) adoptă o cale diferită de cea a TSPT, a sindromului depresiv sau anxios etc. Pornind de la acest tip de constatare, cercetătorii s-au interesat de viitorul copiilor care, în ciuda condiţiilor de viaţă extrem de nefavorabile şi a acumulării factorilor de risc, se dezvoltă într-o manieră armonioasă în plan psihologic, somatic şi social (Rutter, 1985; Werner, 1993). Explorarea resurselor prezentate de aceşti copii a permis, încetul cu încetul, decelarea factorilor de adaptare, de protecţie şi a factorilor de reziliență (Jourdan-Ionescu, 2001; Korff-Sausse, 2002; Manciaux, 2001). Reziliența ar implica nu numai o *anumită* rezistenţă la şoc, ci mai ales ar determina subiectul

să metamorfozeze trauma, dându-i sens și depășind-o (Duchet, 2006a). În acest context, un eveniment traumatizant colectiv este inevitabil „mediatizat", „filtrat" imediat de grup, familie, cultură și societate, spre deosebire de o agresiune individuală, care are tendința de a izola individul în suferința sa. Diverse relatări redau aceste elanuri de solidaritate și țesătura de legături afective între victime, după o dramă colectivă. În acest sens, s-ar putea considera că însuși faptul de a trăi un eveniment „în colectivitate" ar favoriza reziliența individuală. În același timp, „trauma colectivă" pătrunde ilicit într-un grup constituit în prealabil (familie, echipă de profesioniști etc.): atunci, locurile ocupate de fiecare în mod obișnuit pot fi destabilizate, renegociate, cu precădere în funcție de reacțiile imediate și de reorganizări, mai mult sau mai puțin adaptate situației și indivizilor. Relatarea colectivă poate să și împiedice elaborarea individuală (Duchet și Payen, 1999). În același timp, într-o manieră generală, toate studiile care se ocupă de reziliență insistă asupra calității legăturilor, relațiilor de întrajutorare, de susținere (cu precădere extrafamiliale) și a importanței coeziunii grupale după un eveniment potențial traumatizant. Factorii individuali completează în mod evident „tabloul" persoanei reziliente, aceștia fiind, conform autorilor (Marty, 2001): aptitudinea de a trezi simpatia și de a suscita conduite de protecție din partea anturajului, capacitățile de reverie și de imaginație care contribuie la conferirea unui sens experienței traumatizante, umorul și sublimarea, stima de sine, proiectul de viață susținut de un elan (credință, militantism etc.).

Rezistență versus reziliență

Anumiți autori au lăsat de înțeles că persoanele reziliente sunt persoane netraumatizate de evenimentele și de vicisitudinile pe care le traversează... În domeniul nostru clinic axat pe traumă, noi nu împărtășim această abordare, ea generalizând și creând confuzie asupra noțiunii de reziliență, care se confundă astfel cu rezistența. Din contră, afirmăm că importanța rezilienței rezidă în destinul metamorfozat, transformat, al traumei. Și pentru a ilustra această concepție, să plecăm de la un exemplu clinic.

Primul studiu de caz

Ca și ceilalți locuitori ai capitalei Taiwanului, William a fost victima unui cutremur. Noi îl întâlnim la aproximativ zece zile de la cele mai virulente seisme,

în cadrul unui plan de salvare destinat expatriaților: se realizează o evaluare psihologică și psihiatrică a salariaților francezi, pentru a decide sau nu repatrierea lor. William are 50 de ani, iar strălucita lui evoluție în firma de comerț în care lucrează i-a oferit un loc foarte confortabil pe această insulă, pe care îl ocupă de aproximativ șase luni. În timp ce apartamentul său a suferit numeroase pagube pe care nu poate spera să le remedieze (a fost deja confirmată demolarea înaintea reconstruirii), iar soția sa — încă îngrozită de evenimente — insistă să se întoarcă în Franța — William banalizează cutremurul („se întâmplă mereu aici, dar sunt bine pregătiți, dovada, faptul că trăim!") și neagă impactul acestei catastrofe asupra lui (neacuzând nicio tulburare de somn, nicio perturbare cognitivă, comportamentală sau psihică)... Înțelegem repede pe parcursul întrevederii pe ce se bazează „echilibrul" său: înainte de toate trebuie să-și încurajeze soția, s-o convingă să-i rămână alături, apoi copilăria, pe care a trăit-o și pe care o consideră mult prea dificilă și nefericită, i-a construit o „carapace", de atunci indestructibilă. O întâlnim pe soția sa de mai multe ori, la insistența sa de a fi repatriată, timp în care fragilitatea și rugămintea nu i-au putut fi înțelese de soțul său, neclintit la orice intervenție din partea noastră („o cunosc, îi va trece repede, nu vă neliniștiți"). În cele din urmă, în fața deteriorării progresive a stării soției sale, medicul psihiatru îi va decide repatrierea (care va dura două luni) și îl vom lăsa pe William nemulțumit, dar agățându-se de discursul său „pentru mine totul e bine". Șase luni mai târziu, William este repatriat la rândul lui, iar noi îl vom întâlni în Franța pentru o examinare posttraumatică. Atunci, el era măcinat de o puternică rușine: aceea de a nu fi ținut piept... El, care a suportat atâtea în copilărie, care „a rezistat la tot și s-a construit singur", nu poate accepta ceea ce el numește „slăbiciunea" lui. Psihoterapia acestui om nu a fost simplă, iar traseul său a fost marcat de recăderi: mai ales pentru că nu a putut deloc recunoaște șocul produs de seism, sentimentul de teroare pe care i l-a indus acesta, teroarea că „lucrurile o vor lua de la capăt" (trecutul, nenorocirile sale etc.). Această formă de rezistență i-a îndepărtat simptomele traumatice clasice, dar l-a cufundat într-o stare anxios-depresivă, dezorganizându-i funcționarea obișnuită, întărind unele trăsături de personalitate impregnate de rigiditate și de neîncredere și împiedicându-l să revină liniștit la lucru... De altfel, el nu mai ocupă un loc privilegiat în firmă, pe care o acuză de rele tratamente, nerecunoscându-și starea patologică și diminuarea capacităților sale cognitive. La chestionarele de evaluare, el bifează mereu „nicio tulburare".

Pe acest bărbat îl considerăm „rezistent": el neagă orice legătură între evenimente și orice implicare personală în schimbările pe care le constată. William cumulează factori de risc, precum o fragilitate anterioară individuală și familială, nu ia în calcul trecutul său subiectiv și emoțional, rămânând

într-o formă de disociere care îndepărtează impactul avut de catastrofă asupra lui; acest eveniment s-a petrecut, de asemenea, departe de el și de reperele sale, i-a fragilizat cuplul și poziția profesională. În paralel, nu observăm sau observăm puțini factori de protecție în afară de faptul de a fi cerut ajutor, dar într-un fel magic (vindecați-mă, dar modul meu de funcționare va rămâne intact), astfel devenind dificil lucrul cu metodele mai flexibile precum creativitatea, umorul, proiectarea în viitor etc.

Iată cum reziliența necesită componente individuale și colective care nu pot fi complet create, atunci când un aspect (care ține în acest caz de individual) rezistă oricărei propuneri de reziliență „asistată".

În timpul anumitor catastrofe aeriene, precum aceea de la Halifax din septembrie 1998 sau aceea de la Sharm El Sheikh din ianuarie 2004, particularitățile datelor de zbor, precum întoarcerea din concediile din luna august sau revenirea după sărbătorile sfârșitului de an, au determinat dispariția unui număr ridicat de familii în accident. În urma unor astfel de pierderi, procesul de doliu ulterior traumei devine extrem de dificil și de dureros, familiile victimelor rămânând cu o uriașă suferință (Vitry, 2007b). Acest proces aparte, legat de circumstanțele dramatice ale morții care a intervenit brutal și a provocat distrugerea cadavrelor, declanșează invadarea realului de către moarte prin efect vicariant.

Al doilea studiu de caz: domnul și doamna H.

În timpul ceremoniilor de comemorare a prăbușirii avionului 111 în golful Halifax, la un an după catastrofă, un cuplu de proaspeți pensionari de naționalitate elvețiană s-a îmbarcat pentru Canada, cu dorința de a rămâne acolo. Vizitând rămășițele carlingei avionului, ei au explicat că și-au pierdut în această catastrofă toți copiii și nepoții, care reveneau dintr-o vacanță la New York. Primele luni și le-au petrecut într-o stare de suferință și durere în care „le venea să urle", cu lungi perioade pe parcursul cărora nu puteau să-și vorbească. Apoi, de comun acord, s-au izolat social, alocându-și un timp de gândire necesar pentru elaborarea unui proiect care se materializa azi. În zilele imediat următoare catastrofei, ei veniseră la Halifax pentru primele ceremonii și îi întâlniseră pe pescarii din satul Peggy's Cove, cei care au plecat din proprie inițiativă pe mare în data de 1 septembrie 1998, la ora 1 dimineața, după ce au auzit prăbușirea avionului. Atunci, locuitorii din Peggy's Cove le-au mărturisit disperarea pe care o simțeau când își vedeau satul stingându-se, iar recent și restaurantul, închizându-se

definitiv. Dl şi dna H. au decis să-şi vândă casa şi bunurile pentru a se muta la Peggy's Cove şi a reînvia restaurantul din acel sat, găsind astfel „un sens ultimei etape a vieţii lor" în darul făcut acestor locuitori, care s-au confruntat cu realitatea morţii aducând pe uscat atât rămăşiţe umane, cât şi rămăşiţe din carlingă.

Din această vignetă clinică se degajă un factor individual şi intern de reziliență specific, acela al aptitudinii de „a-şi schimba viaţa" în funcţie de o nouă căutare a sensului, devenită necesară prin consecinţele catastrofei trăite. Această capacitate interioară de transformare se va traduce printr-o schimbare radicală a vieţii asociată următoarei constatări, la care ajung majoritatea victimelor traumelor psihice: „Viaţa nu va mai fi niciodată ca înainte". Acest factor fundamental de reziliență se sprijină pe aptitudinea de a gândi: „ajutorul dat gândirii" (Maqueda, 1997) este, fără îndoială, unul dintre obiectivele fundamentale ale oricărei acţiuni umanitare.

Un alt factor de reziliență remarcabil în acest exemplu îl reprezintă alegerea solidarităţii, raportarea la celălalt printr-o reciprocitate care ţine de „ajutorul dat gândirii", adică ajutorul mutual în adoptarea unor gesturi bazate pe o gândire care ar putea contribui la reunirea aspectelor fragmentate de experienţa şocului traumatizant.

Reziliența acompaniată în cazul unei catastrofe: diferite sisteme practicate în lume

Concepţia Franţei

Pe parcursul catastrofelor colective, majoritatea ţărilor europene au dezvoltat metode de sănătate publică de tipul „abordare psihosocială" (Crocq, 2007; Ponseti-Gaillochon, Duchet şi Molenda, 2009). Obiectivul acestor metode este reluarea cât mai rapidă a unei vieţi sociale adaptabile. Pentru adulţi, se pune problema favorizării rolului social, atunci când reluarea muncii este imposibilă, şi a rolului parental, mobilizând forţele sociale şi resursele individuale şi colective, dintr-o preocupare în primul rând colectivă. Pentru copii, se pune problema reorganizării activităţilor comune de învăţare şi comunicare pentru ca viaţa — inclusiv aspectele sale ludice — să-şi poată relua cursul. Cu cât o catastrofă se soldează cu un număr mai mare de morţi,

de răniți grav, de persoane implicate și de victime primare și secundare, persoane care au pierdut totul, cu atât aceste planuri de ajutor pentru reconstruirea țesăturii sociale sunt fundamentale pentru evitarea dezordinii și dezintegrării structurilor societății. Aceste planuri psihosociale nu sunt destinate persoanelor în individualitatea lor psihică. Or, trauma psihică atinge fiecare ființă umană expusă în ceea ce are ea mai vital, integritatea sa psihică și capacitatea sa de a gândi.

În accepțiunea franceză, ideea de „asistență medicală psihologică" a permis dezvoltarea noțiunii fundamentale de „asistență psihică imediată, postimediată și supraveghere amânat-cronică", răspunzând unor nevoi psihice de elaborare pornind de la trăirea individuală a șocului traumatic și de la rănile specifice provocate de acesta aparatului psihic (Duchet și Vitry, 1999; Jehel și Lopez, 2006).

În cadrul asistenței imediate, se caută punerea în cuvinte a unei trăiri inexprimabile, favorizând o conținere emoțională, pe parcursul unor ședințe de psihoterapie scurtă sau aprofundată, pentru persoanele ale căror perturbări psihice necesită o intervenție psihoterapeutică (Louville și Duchet, 2006). Pe parcursul asistenței postimediate, în perioada scursă între 2 și 30 de zile (în cazul unei catastrofe colective), psihologul va acompania într-un travaliu de elaborare persoana rănită psihic, ajutându-o să gândească trăirea catastrofică pentru a-i da un sens, a o situa în istorie și a-i restabili o continuitate (Vitry, 1999; 2007a).

Această idee dezvoltată de Crocq a deschis calea, după atentatele din 1995, creării rețelelor de celule medico-psihologice de urgență (CUMP), care intervin prioritar pentru a oferi asistență persoanelor rănite psihic (Crocq, 1998). În cadrul CUMP, primirea haitienilor și a francezilor care se întorceau din Haiti a fost special organizată la aeroportul Orly pentru fiecare avion aterizat, într-un cadru realizat împreună cu Ministerul Afacerilor Externe, Crucea-Roșie și diverse asociații. Principalele problematici clinice observate erau asociate unei trăiri traumatice, pierderii (pierderi materiale, pierderi de statut), numeroaselor dolii, separărilor familiale, sentimentului de culpabilitate, agravării patologiilor anterioare, dificultăților părinților de a-și conține propria angoasă și pe aceea a copiilor lor. Am putut constata că persoanele care au beneficiat de asistență medico-psihologică pe parcursul trecerii lor prin Martinica păreau a începe să-și gândească viața, mediul afectiv, în ciuda unei suferințe și a unei disperări intense.

În cazul unor catastrofe majore, aceste acțiuni de asistență psihică comportând măsuri psihoterapeutice de urgență sunt integrate într-un sistem mai

global de planuri de salvare, în care ocupă un loc fundamental susținerea psihosocială asigurată de personal format în organizații precum Crucea Roșie. O modalitate concretă de clasificare a intervențiilor ține cont de gravitatea rănii: dacă ne referim la stresul normal, o simplă intervenție psihosocială de reasigurare, de satisfacere a nevoilor elementare pe parcursul situației, este suficientă pentru a preveni riscul unei suferințe ulterioare excesive. Coordonarea susținerii psihosociale cu asistența medico-psihologică va permite o trecere permanentă de la individual la colectiv, sursă de mișcare și de reluare a procesului vital, factor de reziliență fundamental.

O enumerare a modelelor europene stabilite grație cercetării

Majoritatea cercetărilor europeene care se ocupă de organizarea abordării victimelor psihice ale catastrofelor — V-Net, Eutopa, Eureste, Tent etc. — recomandă linii directoare tinzând să unifice „bunele practici" bazate în principal pe susținerea psihosocială. În cadrul proiectului „Raport european asupra dezvoltării" (RED), un atelier de discuții a înlesnit punctarea diferitelor accepțiuni ale stresului și traumei. În cadrul programului de acțiune comunitară a Sănătății Publice, proiectul *Improve the Preparedness to give Psychological Help in case of Event of Crisis* (IPPHEC) a prins formă în septembrie 2007 și s-a finalizat în decembrie 2009, cofinanțat de Comisia Europeană și mai ales de Direcția Generală pentru Sănătate și Protecția Consumatorului (DG Sanco). Acest proiect european — la care au participat parteneri specializați în problematica traumei veniți din Italia, Franța, Marea Britanie, Olanda, Norvegia, Spania, Bulgaria și Portugalia — avea drept obiectiv perfecționarea pregătirii întregului personal implicat în susținerea psihologică a victimelor pe parcursul unei situații de criză majoră. El urmărea deci conștientizarea importanței oferirii unei susțineri psihologice imediate, odată cu sosirea la spital a victimelor catastrofei colective. Unul dintre obiectivele IPPHEC era acela de a culege date și de a genera cunoștințe referitoare la asistența psihologică de urgență pe parcursul unor catastrofe sau accidente colective, cu precădere în sânul serviciilor spitalicești de urgență. Un prim demers în cadrul cercetării l-a constituit conceperea și administrarea unui chestionar personalului răspunzător de asistența psihică (psihiatri, psihologi și infirmieri) din serviciile spitalicești de urgență dintr-un anumit număr de spitale selectate după o hartă a catastrofelor, sub îndrumarea experților de la Universitatea „La Sapienza"

din Roma. Printre evenimentele majore care au fost reţinute citãm accidentul AZF din Toulouse din data de 21 septembrie 2001, atentatele de la Madrid din martie 2004, ca şi atentatele de la metroul londonez. Un al doilea proiect a constat în culegerea datelor existente în diverse ţări europene, dar şi în literatura mondială, pentru a confrunta diferitele puncte de vedere referitoare la psihotraumă, ca şi diferitele tipuri de organizare a primului ajutor acordat pe parcursul catastrofelor majore, pentru a descoperi cele mai bune practici. Odată cu finalizarea cercetării au fost publicate două culegeri, una de recomandări generale şi una de recomandări referitoare la formare.

În principal, se observă că teoriile fundamentale şi practicile diferă de la o ţară europeană la alta. Majoritatea ţărilor euopene se raliază la concepţia anglo-saxonă asupra traumei, şi anume o agravare a reacţiei de stres care, de regulă, trebuie să se resoarbă în mod natural, de unde o viziune asupra asistenţei psihologice imediate, bazată pe aşteptarea apariţiei unor simptome consecutive traumei şi pe evaluarea lor. Tehnicile de asistenţă imediată pun astfel accentul pe planurile psihosociale destinate restabilirii unei vieţi colective, iar în cazul TSPT, asistenţa psihologică posttraumatică şi cea ulterioară sunt bazate pe abordări cognitive şi comportamentale. Asistenţa medico-psihologică imediată este adesea contestată, preferându-se o poziţie neintervenţionistă, de observare şi aşteptare.

În Franţa şi în mare parte din Italia, teoria tratării traumei, bazată pe o conceptualizare teoretică a funcţionării psihice ca generatoare de sens, adică de semnificaţie şi direcţie, a condus la elaborarea unei asistenţe psihologice specifice, „medicosociale", practicate chiar la locul catastrofei imediat după producerea şocului, urmărind prevenirea dezvoltării sindromului posttraumatic, astfel încât individul confruntat cu un eveniment traumatizant se va simţi însoţit în căutarea sensului şi în restabilirea capacităţii de a gândi şi de a vorbi.

Programul original al Naţiunilor Unite

În cadrul colocviului „Susţinerea medicopsihologică în crizele majore", care s-a derulat la Paris între 10 şi 11 decembrie 2009 sub înaltul patronaj al Ministerului Sănătăţii, s-au reunit mai mulţi experţi internaţionali ai traumei psihice pentru a-şi împărtăşi experienţele. Această întâlnire a devenit necesară datorită dezvoltării şi mondializării catastrofelor. Experţii, veniţi din întreaga lume, şi-au prezentat concepţiile, modelele de intervenţie şi tehnicile pentru a le dezbate şi ale îmbogăţi, obiectivul fiind acela de a implementa,

printr-o colaborare internațională, cele mai bune proceduri de intervenție și acompaniament în cazul populațiilor victime.

Profesorul Moussa Ba, coordonator al *Critical Incident Stress Management Unit*[1] (CISMU) din cadrul Departamentului de Sănătate și Securitate al Națiunilor Unite, ne-a prezentat modelul său. Creat în anul 2000, ca urmare a unei hotărâri adoptate de Ansamblul General al Națiunilor Unite, Grupul de gestionare a stresului traumatic a primit mandatul de a concepe, organiza și coordona un sistem integrat de control al incidentelor critice pentru totalitatea programelor și agențiilor Națiunilor Unite în lume, inclusiv în țările aflate în război.

Principiul fondator este acela de a putea răspunde într-o manieră unificată, prin acțiuni coordonate, pornind de la rolul profesionistului în sănătate mentală pe lângă factorii de decizie în mediul de instabilitate actuală. Este vorba de instalarea unui sistem operațional de teren, în zona de intervenție, în parteneriat cu resursele locale, inclusiv în domeniul coordonării. Întregul sistem cuprinde trei niveluri strategice: acela al pre-crizei (corespunzător intervenției primare), acela al crizei (corespunzând prevenției secundare) și acela al post-crizei (corespunzător prevenției terțiare).

Travaliul de pre-criză este centrat în principal, pe de o parte, asupra programelor de formare în domeniul stresului și traumei și, pe de alta, asupra acțiunilor de organizare și asociere a resurselor rapid mobilizabile în caz de catastrofe, accidente sau război.

Travaliul de criză este bazat în principal, pe de o parte, pe susținerea psihosocială, adică pe reabilitarea grupurilor și comunităților vulnerabile și pe restaurarea instituțiilor și serviciilor publice și, pe de altă parte, pe accepțiunea Franței în ceea ce privește trăirea traumatică și asistența medico-psihologică propusă persoanelor afectate psihic, în scopul de a ajuta fiecare victimă să găsească un sens rănii sale.

Travaliul post-criză se bazează pe evaluarea TSPT, pe supravegherea medico-psihologică a celor mai afectate persoane, pe evaluarea sistemului de asistență cu ocazia reexperimentării.

Prin conceperea și modul său de aplicare, acest model reprezintă un sistem care favorizează reziliența acompaniată atât la nivel colectiv, cât și individual.

Centrul de Tratare a Stresului Cauzat de Incidente Critice. (N.t.)

Concluzie

Rezilienţa se înscrie într-un proces psihic individual de restructurare a personalităţii, care va permite unui subiect să-şi revină după confruntarea cu o realitate care l-a copleşit. Această capacitate de reconstrucţie de sine, de restaurare a funcţiei de creare de legături, de căutare a sensului, se bazează pe reluarea gândiri şi a exprimării verbale, reluare facilitată de procesele colective. Am văzut, prin intermediul exemplelor individuale şi colective, că apanajul situaţiilor critice este acela de a ameninţa sau de a distruge activitatea generatoare de legături: că aceasta din urmă se manifestă la nivel intrasubiectiv sub forma ameninţării ruperii legăturilor psihice sau la nivel intersubiectiv, sub forma ameninţării ruperii legăturilor familiale şi sociale. Astfel, capacitatea de rezilienţă depinde, de asemenea, de refacerea legăturilor în colectivitate şi de restructurarea cadrului social periclitat de efectele violente ale situaţiei traumatogene.

Diferiţii intervenienţi, profesionişti sau voluntari, a căror funcţie este aceea de a acorda celorlalţi asistenţă psihologică, sunt obligaţi să-şi gândească împreună intervenţiile de susţinere psihologică, într-un spirit de reciprocitate şi de complementaritate: într-adevăr, şi ei sunt confruntaţi fie direct, la locul unde se oferă ajutorul umanitar, fie indirect, prin intermediul poveştilor victimelor, cu riscul de a suferi şi chiar de a avea o traumă vicariantă. Însăşi condiţia ajutorului pe care îl pot acorda se bazează pe capacitatea lor de a conceptualiza acompaniamentul individual şi colectiv, ca şi organizarea metodelor ca pe veritabili vectori de rezilienţă. Funcţia elaborării şi a cuvântului trebuie să fie mereu prezentă în raportul cu sine şi în raportul cu celălalt, pentru a încuraja un acompaniament „elaborativ" al indivizilor şi colectivităţilor şi, de asemenea, pentru a înlesni procesul de rezilienţă. După spusele lui Roisin (2005, p. 242), „[...] aşa cum nu fiinţăm, ca oameni, decât pentru că vorbim, nu vorbim decât dacă aparţinem unei comunităţi de oameni încărcaţi de umanitate, care suportă abisul neantului şi ne invită la viaţă".

Bibliografie

Anaut M. (2003), *La résilience, surmonter les traumatismes*, Paris, Nathan.

Baccino E. şi Bessoles P. (coord.) (2003), *Victime-aggresseur. Traumatisme et résilience; lien psychique — lien social*, Nîmes, Champ social.

Beckman J.C., Moore S.D., Feldman M.E., Hertzberg M.A., Kirby A.C. şi Fairbank J.A. (1998), Health status, somatization and severity of posttraumatic stress disorder in

Vietnam combat veterans with posttraumatic disorder, *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, p. 1565–1569.

Birmes P., Klein R. şi Schmitt L. (2006), Stress et troubles de l'adaptation, în J.D. Guelfi şi F. Rouillon (coord.), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, p. 197–201.

Breslau N. (2001), Outcomes of posttraumatic stress disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62 (supl. 17), p. 55–59.

Bromet E., Sonnega A. şi Kessler R.C. (1998), Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the national comorbidity survey, *American Journal of Epidemiology*, vol. 147, nr. 4, p. 353–361.

Clavandier G. (2004), *La mort collective*, Paris, Ed. CNRS.

Combalbert N. (coord.) (2009), *La souffrance au travail*, Paris, Armand Colin.

Crocq L. (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.

Crocq L. (1998), La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions, *Annales médico-psychologique*, vol. 156, nr. 1, p. 48–53.

Crocq L. (coord.) (2007), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson-Elsevier.

Cyrulnik B. şi Seron C. (coord.) (2003), *La résilience ou comment renaître de sa soufrance?*, Paris, Fabert.

Demyttenaere K. (2004), Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 109 (supl. 420), p. 21–27.

Duchet C. (2002), Le psychotraumatisme collectif, *Annales médico-psychologique*, vol. 160, nr. 5–6, p. 467–469.

Duchet C. (2006), Du psychotraumatisme à la résilience: perspectives cliniques, în L. Jehel şi G. Lopez (coord.), *Psychotraumatologie: évaluation, clinique, traitement*, ediţia a II-a, Paris, Dunod, p. 57–66.

Duchet C. (2009), *Éclairages psychanalytiques*, în A. Ponseti-Gaillochon, C. Duchet şi S. Molenda (coord.), *Le debriefing psychologique; pratiques, bilan et évolution des soins précoces*, Paris, Dunod, p. 27–51.

Duchet C., Jehel L. şi Guelfi J.D. (2000), À propos de deux victimes de l'attentat parisien du RER Port-Royal du 3 décembre 1996: vulnerabilité psychotraumatique et résistance aux troubles, *Annales médico-psychologique*, vol. 158, nr. 7, p. 539–548.

Duchet C. şi Payen A. (1999), Intervention médico-psychologique *in situ* lors de la guerre civile du Congo, *Médecine de catastrophe, Urgence Collectives*, vol. 2, nr. 5–6, p. 192–196.

Duchet C. şi Vitry M. (1999), Le psychologue clinicien dans l'urgence, *Journal des Psychologues*, vol. 167, p. 16–20.

Dupuy J. P. (2003), *Pour un catastrophisme éclairé*, Paris, Seuil.

Gay S. şi Duchet C. (2007), Intervention psychologique lors d'événements traumatiques, în S. Ionescu şi A. Blanchet (coord.), *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie. Nouveau cours de psychologie*, Paris, PUF, p. 511–524.

Hanus M. (2002), *La résilience à quel prix? Survivre et rebondir*, Paris, Maloine.

Ionescu S. şi Jourdan-Ionescu C. (coord.) (2006), *Psychopathologie et société*, Paris, Vuibert.

Jehel L., Ducrocq F., Duchet C., Paterniti S. şi Vaiva G. (2008), Attentats et psychotraumatisme: prévalence des troubles, leur évolution et leur prise en charge en France, *Revue francophone du stress et du trauma*, vol. 8, nr. 1, p. 5–11.

Jehel L., Ducrocq F., Genest P., Duchet C., Omnes C., Rouillon F. şi Roelandt J. L. (2008), Trauma related disorders and suicide in the French WHO study „Santé mentale en population générale", *European Neuropsychopharmacology*, vol. 18, nr. 4, S188.

Jehel L., Lopez G. (coord.) (2006), *Psychothérapie des victimes: traitements, évaluations, accompagnement*, a doua ediţie, Paris, Dunod.

Jourdan-Ionescu C. (2001), Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, nr. 1, p. 163–186.

Kessler R.C. Sonnega A., Bromet E., Hughes M. şi Nelson C.B. (1995), Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, vol. 52, p. 1048–1060.

Korff-Sausse S. (2002), Les processus psychiques de la résilience, *Pratiques psychologiques*, vol. 1, p. 53–64.

Lebigot F. (2005), *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*, Paris, Dunod.

Louville P. şi Duchet C. (2006), Les interventions immédiates, în L. Jehel şi G. Lopez (coord.), *Psychotraumatologie: évaluation, clinique, traitement*, ediţia a II-a, Paris, Dunod, p. 173–180.

Manciaux M. (coord.) (2001), *La résilience, résister et se construire*, Geneva, Cahiers medico-sociaux.

Maqueda F. (1997), *Carnets d'un psy dans l'humanitaire*, Toulouse, Eres.

Marshall R.D., Olfson M., Hellmann F., Blanco C., Guardino M. şi Struening E.L. (2001), Comorbidity, impairment and suicidality in subthreshold PTSD, *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, p. 1467–1473.

Marty F. (coord.) (2001), *Figures et traitements du traumatisme*, Paris, Dunod.

Navarre C. (2007), *„Psy" des catastrophes. Dix années auprès des victimes*, Paris, Imago.

North C.S., Nixon S.J., Shariat S., Mallonee S., McMillen J.C., Spitznagel E.L. şi Smith E.M. (1999), Psychiatric Disorders Among Survivors of the Oklahoma City Bombing, *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, p. 755–762.

Ponseti-Gaillochon A., Duchet C. şi Molenda S. (2009), *Le debriefing psychologique: pratique, bilan et évolution des soins précoces*, Paris, Dunod.

Priéto N. (2001), Épidémiologie du traumatisme psychique, în M. De Clercq şi F. Lebigot (coord.), *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 65–77.

Roisin J. (2005), Approche psychanalitique des personnes traumatisées, *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, vol. 5, nr. 4, p. 235–249.

Rutter M.D. (1985), Resilience in the face of adversity, *British Journal of Psychiatry*, vol. 147, p. 598–611.

Scelles R. (2002), Processus de résilience: questions pour le chercheur et le practicien, *Pratiques psychologiques*, vol. 1, p. 1–6.

Vaiva G. Jehel L. Cottencin O., Ducrocq F., Duchet C., Omnes C., Genest P., Rouillon F. şi Roelandt J.L. (2008), Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine (în ancheta OMS, „Santé mentale en population générale"), *L'Encéphale*, vol. 34, nr. 6, p. 577–583.

Vitry M. (1999), Le debriefing psychologique: une méthode, *Nervure*, vol. 12, nr. 6, p. 48–51.

Vitry M. (2002), *L'écoute des blessures invisibles*, Paris, L'Harmattan.

Vitry M. (2007a), Les deuils post-traumatiques, în L. Crocq (coord.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson-Elsevier.

Vitry M. (2007b), Suivi psychothérapeutique en différé-cronique, în L. Crocq (coord.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson-Elsevier.

Werner E. (1993), Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study, *Development and Psychopathology*, vol. 5, p. 503–515.

XIV.

Șomaj și reziliență asistată

Serban Ionescu și Évelyne Bouteyre

Noțiunea de șomaj[1] începe să-și facă apariția — mai întâi în Anglia și apoi în celelalte țări industrializate — în timpul lungii perioade de depresiune dintre anii 1880 și 1890. Această noțiune își găsește desăvârșirea în lucrarea lui Beveridge intitulată *Unemployment: a problem of industry*, publicată în 1909, care va deveni un fel de biblie pentru cei interesați de această problemă. Șomajul involuntar este considerat „un fapt social ireductibil la manifestările sale individuale și care necesită remedii colective" (Topalov, 1994, p. 16). Cu timpul și cu fluctuațiile sale periodice (adesea foarte importante), șomajul devine un fenomen economic cu consecințe sociale și psihologice dezastruoase.

Problema impactului șomajului asupra sănătății nu este nouă. Ea a apărut încă de la începutul anilor 1930, în timpul „marii crize" care afecta Statele Unite și Europa, iar de atunci suscită un considerabil interes. Primele studii dedicate relației dintre șomaj și sănătate au fost cele conduse de doctorul Destouches (cunoscut ca scriitor sub numele de Louis-Ferdinand Céline[2]), apoi acela întreprins de Lazarsfeld, Jahoda și Zeisel (1933/1982) asupra șomerilor din Marienthal. Câțiva ani mai târziu, Eisenberg și Lazarsfeld (1938) publică un studiu consacrat în particular efectelor psihologice ale șomajului.

Capitolul de față, dedicat rezilienței (naturale și asistate) în situațiile de șomaj, debutează cu o expunere a celor mai recente cunoștințe referitoare la

---

[1] Conform Biroului Internațional al Muncii, termenul de *șomaj* caracterizează situația persoanelor fără loc de muncă, disponibile pentru muncă și aflate în căutarea unui loc de muncă. Această definiție a fost adoptată în octombrie 1982, la a XIII-a Conferință Internațională a statisticienilor din domeniul muncii.

[2] În decembrie 1932, Destouches părăsește Parisul, îndreptându-se spre Geneva. Doctorul Rajchman îi încredințează o misiune în Austria și în Germania, în urma căreia scriitorul-medic scrie articolul „Pentru a ucide șomajul, vor ucide șomerii?", articol apărut în *Le Mois* (februarie–martie 1933, p. 57–60) și în *République* (19 martie 1933).

efectele şomajului asupra sănătăţii mentale, ca şi cu modele explicative elaborate pe marginea acestui subiect. Continuă cu o prezentare a foarte puţin numeroaselor publicaţii consacrate rezilienţei persoanelor care şi-au pierdut locul de muncă. Ultima parte a capitolului este dedicată modalităţilor practice de construire a rezilienţei la şomeri: programe sprijinite pe o serie de factori de protecţie vizând prevenirea tulburărilor psihice şi reangajarea, precum şi tehnica scriiturii numite expresive.

Şomaj şi sănătate mentală

Efectele şomajului asupra sănătăţii mentale

Pierderea locului de muncă este un eveniment cu caracter traumatizant. Conform clasamentului realizat de Holmes şi Rahe, şomajul este al optulea din cele 43 de evenimente de viaţă despre care se consideră că au un efect potenţial stresant. Toţi autorii care au studiat ce se întâmplă atunci când o persoană află că îşi va pierde slujba (Eisenberg şi Lazarsfeld, 1938; Hopson şi Adams, 1976; Hill, 1977, 1978) vorbesc de o stare de şoc. Persoanele respective nu pot înţelege şi controla ceea ce li se întâmplă şi folosesc expresii care vădesc intensitatea sentimentelor trăite: „mi-a tăiat cu adevărat respiraţia", „e ca şi cum ţi-ar fi tăiat gâtul", „e ca şi cum aş fi primit un pumn în stomac". Odată pierdut locul de muncă, multiplele consecinţe ale şomajului reprezintă serii de traume mai mult sau mai puţin intense.

În faţa acestei realităţi, numeroase cercetări au fost dedicate efectelor şomajului asupra sănătăţii mentale. Pentru a formula concluzii cât mai solide cu putinţă, mai mulţi cercetători au realizat metaanalize[1]: Murphy şi Atanasou (1999), McKee-Ryan, Song, Wanberg şi Kinicki (2005) şi Paul şi Moser (2009).

Cea mai recentă dintre aceste metanaanalize — aceea realizată de Paul şi Moser — înglobează 237 de studii transversale, în care au fost comparate grupuri de persoane aflate în şomaj cu grupuri de persoane care lucrează. Aceste studii cuprindeau în total 458 820 de persoane. Ele au fost efectuate în 26 de ţări care sunt, în ordine, în funcţie de numărul de studii publicate: Statele Unite, Marea Britanie, Germania, Australia, Finlanda, Canada, Olanda, Irlanda, Austria, Suedia, Italia, Noua Zeelandă, Danemarca, India, Norvegia,

[1] Este vorba de un procedeu care permite combinarea sau sintetizarea rezultatelor unui anumit număr de studii asociate unei probleme specifice. În cadrul unei metaanalize, cercetătorul evaluează dimensiunea sau amploarea efectului.

Israel, Franța (care ocupă, deci, locul 17), China/Hong-Kong, Mexic, Belgia, Turcia, Chile, Spania, Japonia, Grecia și Elveția. Acestor 237 de studii li se adaugă 86 de studii longitudinale în care intervalul mediu scurs între evaluări a fost de 16 luni.

Metaanaliza întreprinsă de Paul și Moser ajunge la următoarele concluzii:

- Efectul negativ al șomajului asupra sănătății mentale este de 0,51, ceea ce corespunde unei creșteri de la 16 la 34 a procentului persoanelor care prezintă probleme psihice;
- Acest efect se traduce printr-un spectru larg de manifestări (sentiment de abandon, depresie, anxietate, simptome psihosomatice, diminuarea stării subiective de bine și a stimei de sine);
- Pe parcursul ultimilor 30 de ani, efectul negativ al șomajului asupra sănătății mentale a rămas stabil, ceea ce arată că societățile nu „se obișnuiesc" cu niveluri ridicate ale șomajului;
- Efectele observate sunt de mai mare amploare în cazul bărbaților, al lucrătorilor manuali și al persoanelor aflate de mult timp în șomaj;
- Efectele variază în funcție de durata șomajului. Ele se stabilesc la un nivel ridicat pe parcursul celui de-al doilea an de șomaj, iar o nouă creștere intervine pe parcursul celui de al treilea și al patrulea an la persoanele care prezintă un șomaj de lungă durată;
- Efectele șomajului asupra sănătății mentale sunt mai importante în țările mai puțin dezvoltate economic, în cele în care repartiția veniturilor este inegală sau în țările în care sistemul de protecție a șomerilor este puțin dezvoltat;
- Metaanaliza studiilor longitudinale arată că dacă pierderea locului de muncă se asociază cu o deteriorare a sănătății mentale, găsirea unui nou loc de muncă se asociază unei ameliorări a acesteia;
- Persoanele a căror sănătate mentală este afectată prezintă un risc mai mare de a-și pierde locul de muncă sau de a rămâne fără loc de muncă după finalizarea studiilor;
- La persoanele fără loc de muncă, o sănătate mentală afectată diminuează șansele găsirii unui nou loc de muncă;
- Programele de intervenție au efecte pozitive asupra sănătății mentale a persoanelor care se află de mult timp în situația de a nu avea loc de muncă;
- Șomajul nu numai că este corelat cu suferința psihologică, dar o și provoacă;

— Studiile longitudinale arată că există foarte puține dovezi în favoarea unui fenomen de dezvoltare psihologică ulterior șomajului.

Modele explicative

Potrivit bine-cunoscutului model al privării propus de Jahoda (1981, 1982), sentimentul de abandon al persoanelor fără loc de muncă este rezultatul faptului că în situația de șomaj aceste persoane sunt private de diversele funcții benefice ale muncii. Jahoda consideră că munca are cinci funcții latente:

— *structurează timpul* (determină ora de trezire, orele petrecute în afara casei, modul de ocupare a timpului și structurează timpul pe termen mai lung);
— *favorizează contactele sociale*, constituind astfel o sursă de satisfacție pentru cei care muncesc;
— *permite atingerea unui scop colectiv*, întrucât munca asigură un loc într-un grup și îi permite celui care muncește să se simtă util și să participe la viața colectivă;
— *furnizează un statut*, deoarece exercitarea unei profesii hrănește identitatea, oferă o indicație importantă referitoare la statutul persoanei și chiar al familiei sale;
— *satisface nevoia de activitate*, îndepărtează plictiseala și permite investirea energiei fizice sau psihice.

Totodată, așa cum subliniază Hayes și Nutman (1981), munca reprezintă o sursă de venit (și acționează deci în vederea creșterii bunăstării materiale), permite dominarea sau modificarea mediului în care trăiesc indivizii și contribuie la satisfacerea nevoii de a crea. Fryer (1986, 1997), la fel ca și Fryer și Payne (1986) susțin că dificultățile financiare care decurg din șomaj au un efect primordial asupra sănătății mentale. Din această perspectivă, un rol determinant în apariția sentimentului de abandon este atribuit neexercitării funcției manifeste a muncii, aceea de sursă de venituri și deci sărăciei care decurge de aici.

O altă variantă a modelului privării este propusă de Warr (1987, 2007) care a descris nouă, apoi doisprezece factori considerați necesari pentru sănătate în relația individului cu munca. Warr a propus o analogie între acești doisprezece factori și efectele vitaminelor asupra stării fizice a persoanelor.

Într-adevăr, la niveluri reduse de ingestie, deficitul de vitamine generează tulburări (numite „afecțiuni prin deficit de vitamine"), dar odată ingerată cantitatea zilnică recomandată, cantitățile suplimentare nu sunt nici benefice, nici nocive. Warr include în această categorie vitaminele C și E, pentru care dozele care depășesc cantitatea zilnică recomandată au același efect. Din contră, alte vitamine devin nocive pentru sănătatea fizică atunci când sunt absorbite în cantitate mare. Este cazul vitaminelor A și D, care devin toxice atunci când sunt ingerate în cantități care depășesc doza zilnică recomandată.

Deficitul tuturor celor 12 factori descriși de Warr are efecte negative asupra funcționării psihice a persoanelor, iar acest lucru este adevărat mai ales în situație de șomaj. Totodată, efectele acestor factori nu mai sunt aceleași atunci când sunt prezenți în exces. Șase dintre factori sunt comparați de Warr cu vitaminele A și D, excesul lor fiind nociv, în timp ce restul de șase factori sunt considerați similari vitaminelor C și E, excesul lor nefiind nici benefic, nici nociv. În prima categorie figurează posibilitatea de a controla activitățile și evenimentele care se derulează în mediul persoanei, iar în a doua, siguranța fizică (condiții bune de mediu, absența pericolelor, a riscurilor).

În analiza întreprinsă asupra efectelor șomajului, Jahoda și Warr se focalizează asupra rolului muncii și al mediului muncii. O abordare alternativă pune accentul asupra individului considerat proactiv (deci, sursă de inițiative), mai curând decât reactiv. În fața șomajului, individul se găsește într-o situație de „restricționare a acțiunii personale" și caută soluții, alternative care-i permit să facă față situației în care se află. Cum indivizii sunt diferiți în ceea ce privește gradul lor de proactivitate, și acțiunile lor în situație de șomaj sunt diferite.

Așa cum am precizat deja, Fryer (1986, 1997), ca și Fryer și Payne (1986) susțin că lipsa unui loc de muncă generează dificultăți financiare și adesea sărăcie. Aceasta împiedică anticiparea viitorului, favorizează pesimismul și îngreunează punerea în practică a strategiilor proactive de gestionare a situației.

Cercetările întreprinse pentru validarea modelelor prezentate (acelea ale privațiunii și ale restrângerii acțiunii personale) sunt rare și rezultatele nu ne permit încă să ne pronunțăm asupra ponderii diferitelor variabile considerate a se afla la originea suferinței psihice în situație de șomaj.

Şomaj şi reziliență

Relația între şomaj şi reziliență face obiectul unor foarte puține publicații. Prima referire la această relație este legată de conceptul de *robustețe*[1] şi figurează într-o lucrare realizată de Maddi şi Kobasa (1984).

În 1975 a fost inițiat un studiu longitudinal pe un eşantion de 450 de cadre ale companiei Bell din Illinois. Anticipând dereglementarea[2] industriei telefonice, cercetătorii au examinat anual aceste persoane. În 1981 dereglementarea s-a produs cu schimbări importante — printre care pierderea locului de muncă sau transferul — considerate cataclismice pentru persoanele aflate în acea situație. Două treimi dintre angajați au prezentat tulburări (tulburări psihice, suicid, manifestări violente, crize cardiace, accidente vasculare cerebrale etc.) Pe de altă parte, o treime nu numai că nu a prezentat tulburări, ci stresul trăit a constituit o oportunitate de dezvoltare, de progres personal. Acest studiu a arătat deci că stresul generat de dereglementare nu duce la tulburări în întregul eşantion studiat, ci poate ocoli o parte din acesta, fiind însoțit de o dezvoltare personală.

O a doua referire, mai curând implicită, la relația dintre reziliență şi şomaj a apărut în contextul polemicii dintre Albee şi Heller pe tema prevenirii tulburărilor psihice. Într-un articol semnat împreună cu Perry, Albee susținea că o prevenție eficientă a acestor tulburări ar necesita o schimbare socială şi o acțiune politică vizând egalitatea drepturilor şi diminuarea stresului legat de discriminare şi de exploatare (Perry şi Albee, 1994). Heller (1996) răspunde scriind că adversitatea socială ar trebui depăşită utilizând mai curând „inițiativa şi responsabilitatea individuală".

În replica sa, Albee (1996) — care a fost preşedinte al Asociației Americane de Psihologie în 1969 şi în 1970 — dezaprobă această poziție, care-i amintește „mitul romantic al lui Horatio Alger[3]", potrivit căruia oricine poate depăşi

---

[1] Termenul de *robustețe* a fost utilizat, până în 2003, în *Tezaurul* băncii de date PsycINFO, pentru a desemna reziliența psihică. Aşa cum a fost descris de Kobasa (1979) şi de Kobasa şi Pucetti (1983), personalitatea robustă are trei caracteristici: controlul, angajamentul şi considerarea schimbării drept o provocare, mai curând decât o amenințare.

[2] Din punct de vedere economic, *dereglementarea* reprezintă acțiunea de suprimare a anumitor reglementări care guvernează o activitate (de exemplu, dereglementarea transporturilor aeriene).

[3] Conform anumitor autori, rădăcinile culturale ale conceptului de reziliență s-ar găsi în scrierile pastorului unitarian american Horatio Alger (1832–1888) care prezintă, în numeroasele sale lucrări, viziunea americană optimistă asupra vieții, clădită pe virtuți tradiționale. Din această perspectivă, conceptul de reziliență ar fi apărut în contextul cultural al societății americane, unde accentul este pus pe individualism şi pe eforturile îndreptate către mobilitatea socială în creştere, unde reuşita este determinată de eforturile personale ale individului.

singur dificultăţile vieţii. Albee susţine că acest mit nu mai este credibil şi că singura soluţie pertinentă este înlăturarea barierelor de mediu pe care le întâmpină diverse categorii de persoane cu risc ridicat (dintre care muncitorii concediaţi, muncitorii agricoli nomazi, femeile vârstnice sărace etc.).

Albee (1980, 1985) propusese, de altfel, o formulă de calcul al incidenţei tulburărilor psihice, care ţine cont de mediul social şi deschide calea către o prevenţie eficientă:

$$\text{incidenţă} = \frac{\text{factori organici}^1 + \text{stres} + \text{exploatare}}{\text{strategii de adaptare} + \text{stimă de sine} + \text{grupuri de susţinere}}$$

Reluând această formulă (cunoscută, de asemenea, drept ecuaţia lui Albee), Gullotta (2008) precizează că aplicarea sa implică utilizarea a patru mijloace de prevenţie:

- *educaţia* (orală, vizuală, scrisă) care ameliorează cunoştinţele, schimbă ocazional atitudinile şi rar comportamentele;
- ameliorarea *competenţelor sociale* prin dezvoltarea stimei de sine, încurajarea utilizării unui loc al controlului intern şi implementarea unei perspective centrate pe comunitate;
- utilizarea *ajutorului informal* (prieteni, cadre didactice, clerici etc.), persoanele care îl oferă trebuind sprijinite şi (dacă este necesar) formate;
- recurgerea la *organisme comunitare* (care recunosc necesitatea schimbării politice şi sociale) şi la o intervenţie de tip sistemic.

O referire directă la reziliență în situaţie de şomaj apare în analiza unei cercetări întreprinse în Australia de Moorhouse şi Caltabiano (2007), pe 77 de persoane aflate în căutarea unui loc de muncă (31 de bărbaţi şi 46 de femei), cu o vârstă medie de 31,73 ani. Aceste persoane erau în şomaj de 9,55 ani, în medie. Participanţilor la cercetare li s-au administrat trei instrumente de evaluare: *Scala de reziliență* a lui Wagnild şi Young, *Scala de afirmare de sine „în procesul de căutare a unui loc de muncă"*, a lui Becker, şi *Scala dispoziţiei depresive* a lui Radloff. Rezultatele obţinute duc la următoarele constatări:

- Un nivel mai ridicat al rezilienţei (precum cel măsurat cu scala lui Wagnild şi Young) permite gestionarea adversităţii generate de şomaj şi

[1] Gullotta (2008) notează că factorii genetici sunt din ce în ce mai mult luaţi în calcul, aflându-se, totodată, în centrul unei importante controverse.

reduce riscul de apariţie a depresiei, rezultat din eşecurile repetate în găsirea unui loc de muncă;
- Şomerul care deţine caracteristicile personale ale unei persoane reziliente — hotărâre, independenţă, ingeniozitate, perseverenţă, încredere în sine — obţine scoruri mai ridicate la scala Becker (ceea ce dovedeşte o mai mare încredere în sine pe parcursul căutării unui loc de muncă).

Moorhouse şi Caltabiano consideră că serviciile de ajutor pentru găsirea unui loc de muncă şi personalul care le oferă trebuie să propună intervenţii psihologice axate pe creşterea rezilienţei persoanelor aflate în şomaj. Accentul ar trebui pus pe următoarele aspecte:

- combaterea gândurilor negative;
- în faţa evenimentelor negative, înlocuirea evaluărilor care se opun scopului urmărit, cu evaluări realiste. Astfel, de exemplu, după un interviu lipsit de rezultate, candidatul nu va trebui să tragă concluzia că nu va găsi *niciodată* de lucru;
- cultivarea forţelor persoanei, pentru creşterea stimei sale de sine;
- utilizarea unor strategii de adaptare bazate pe rezolvarea de probleme în vederea înlesnirii reangajării, ceea ce implică o căutare de informaţii, şedinţe de „stimulare a gândirii[1]" pentru găsirea unor soluţii alternative, elaborarea unor scenarii de interviu şi utilizarea jocului de rol, căutarea şi utilizarea feedbackului;
- utilizarea relaxării în vederea diminuării anxietăţii pe parcursul unui interviu de angajare;
- utilizarea unor strategii de adaptare bazate pe emoţie pentru prevenirea dispoziţiei depresive.

Intervenţii ce favorizează reziliența

Procedeele de intervenţie care figurează în această secţiune a capitolului nu au fost concepute de autorii lor ca nişte instrumente destinate în mod special unei facilitări a construirii/dezvoltării rezilienţei. Examinarea obiectivelor vizate şi modul lor de derulare permite totuşi constatarea faptului că pot fi incluse în această categorie.

---

[1] Echivalentul termenului englezesc *brainstorming*.

Programe cu un dublu obiectiv, sănătatea mentală și reangajarea

O echipă de cercetători a Universității din Amsterdam (Audhoe, Hoving, Sluiter și Frings-Dresen, 2010) a întreprins un studiu comparativ al programelor de intervenție care vizează revenirea în câmpul muncii și reducerea suferinței psihice a adulților aflați în șomaj. În urma examinării publicațiilor disponibile s-au găsit numai cinci studii, constatare care subliniază necesitatea promovării acestui tip de cercetări. Studiile reperate sunt următoarele:

- două lucrări randomizate controlate (ERC) realizate în Statele Unite (Vinokur, Price și Schul, 1995; Vinokur, Schul, Vuori și Price, 2000) și, respectiv, în Finlanda (Vuori, Silvonen, Vinokur și Price, 2002).
- un studiu nerandomizat și necontrolat, realizat în Australia de Creed, Hicks și Machin (1998).
- două studii longitudinale cu evaluări pre- și post-test efectuate în Finlanda (Vuori și Vesalainen, 1999; Vuori, Price, Mutanen și Malmberg-Heimonen, 2005).

În cele două studii de tip ERC — cele realizate în Statele Unite (Vinokur *et al.*, 1995 și 2000) și în Finlanda (Vuori *et al.*, 2002) — a fost utilizat programul de intervenție JOBS. Acest program a fost elaborat la Universitatea din Michigan, la Centrul de cercetări în domeniul prevenției din Michigan (MPRC) și avea două obiective: (a) prevenirea deteriorării sănătății mentale a salariaților care și-au pierdut locul de muncă și care se găsesc în situație de șomaj prelungit și (b) promovarea unei reangajări de înaltă calitate.

Intervenția a fost concepută sub formă de *seminarii* având drept obiective ameliorarea capacităților participanților de a-și căuta un loc de muncă și mai ales deprinderea de către aceștia a unor noi strategii, mai eficiente, pentru găsirea unor locuri de muncă adecvate. Seminariile conțineau, de asemenea, anumite componente concepute pentru a ameliora stima de sine, sentimentul de control, eficiența personală a participanților în activitatea de căutare a unui loc de muncă și pentru a-i „vaccina" împotriva înfrângerilor. Aceste componente ale programului au fost considerate esențiale pentru menținerea motivației și perseverenței în căutarea unui loc de muncă.

Programul de intervenție JOBS a fost testat în cadrul unui studiu întreprins pe un eșantion considerabil de persoane fără loc de muncă, recrutate prin intermediul birourilor pentru șomeri din sud-estul statului Michigan.

La verificările realizate după o lună și după patru luni, Caplan, Vinokur, Price și Van Ryn (1989) au constatat că participanții la acest program au fost reangajați în posturi foarte bune din punctul de vedere al veniturilor și al satisfacției în raport cu postul ocupat și că, pe de altă parte, motivația celor care nu aveau încă un loc de muncă era puternică. Analizele adiționale ale datelor culese pe parcursul acestor studii de control pe termen scurt au arătat că participanții în cadrul programului aveau o mai bună sănătate mentală decât cei din grupul de control (Vinokur, Price și Caplan, 1991). O verificare realizată după doi ani și jumătate a arătat că efectele benefice continuau să se manifeste la nivelul salariilor și prin numărul mai redus de schimbări ale locurilor de muncă (Vinokur, Van Ryn, Gramlich și Price, 1991).

Într-o publicație ulterioară, Price, Van Ryn și Vinokur (1992) au observat că efectele benefice ale intervenției asupra sănătății mentale a participanților la seminarii au fost constatate în principal la subiecții unui subgrup considerat cu risc ridicat de prezentare a unor problme de sănătate mentală, precum un episod depresiv. Acești subiecți au fost identificați cu ajutorul unui *scor de risc* calculat pornind de la scorurile parțiale ale simptomelor depresive, tensiunii financiare și afirmării de sine pretest. Aceste trei variabile ar reprezenta factori importanți de risc în cazul pierderii locului de muncă.

Programul de intervenție JOBS a fost încă o dată aplicat ca JOBS II. Este vorba de o extindere pe scară largă, care se deosebește de JOBS I printr-o serie de caracteristici:

— Grație unui procedeu de selectare a șomerilor cu risc ridicat de prezentare a unor probleme de sănătate mentală, echipa de cercetare a obținut o suprareprezentare a acestor subiecți în eșantionul inițial, iar în continuare subiecții cu risc[1] înalt și cu risc scăzut au fost repartizați aleatoriu în grupurile „intervenție" și „control". Menționăm, de asemenea, că subiecții cu un indice de depresie mai mare de 3 — ceea ce este considerat un semn clinic semnificativ pentru depresie — nu au fost selectați

[1] Evaluarea riscului s-a realizat cu o formulă elaborată de Price *et al.* (1992), care utilizează scorurile subscalei de depresie cu 11 itemi a *Hopkins Symptom Checklist*, scorul presiune financiară (calculat cu un chestionar cu trei itemi) și scorul afirmare (calculat cu un chestionar cu patru itemi, elaborat pe baza unor instrumente publicate). Subiecții considerați în situație de risc de a dezvolta o depresie în viitor sunt aceia care obțin scoruri ridicate la depresie și la presiune financiară și scoruri scăzute la afirmare de sine. Pentru a fi incluși în categoria de risc ridicat, subiecții trebuiau să aibă un scor de risc egal cu sau superior lui 1,38. Cu un scor mai mic de 1,38, participanții au fost considerați cu risc scăzut.

pentru participarea la programul JOBS II, conceput ca un program de prevenție primară;

- O validare convergentă a informațiilor obținute de subiecții participanți la programul de intervenție JOBS II a fost realizată culegând datele de la parteneri și de la „celelalte persoane semnificative", care cunoșteau bine subiecții și puteau oferi informații despre funcționarea lor psihică;
- Deși o replică a cercetării JOBS I, JOBS II s-a focalizat pe: (a) creșterea sentimentului de control, ameliorarea autocontrolului și a eficacității personale în căutarea unui loc de muncă; (b) ameliorarea eficacității formării, selecționând o nouă echipă de șase formatori și crescându-le numărul de ore de formare, care a sărit de la 80 în cazul programului JOBS I la 240 pentru programul JOBS II (formarea a fost realizată de membrii echipei de cercetare); (c) reducerea numărului de ore de intervenție, care a scăzut de la 28 la 20 în cazul JOBS II (cinci ședințe a câte patru ore); (d) o schimbare — independentă de echipa de cercetători și asociată contextului socioeconomic — constând într-o îmbunătățire a pieței muncii în anul de după JOBS I și într-o deteriorare a acesteia după JOBS II.

Toate persoanele participante la grupul de intervenție al programului JOBS II au primit, prin poștă, o invitație de participare la seminar. Au fost informate, de asemenea, că le vor fi rambursate taxele de transport și că vor primi 20 de dolari (dacă vor fi prezente la cel puțin patru din cinci ședințe organizate pentru fiecare grup), precum și un certificat de participare (înmânat în ultima ședință).

Seminariile au fost organizate în regiunile de unde proveneau subiecții și se desfășurau în școli, centre comunitare și săli de conferințe din hoteluri. Spațiul trebuia să poată primi 25 de persoane așezate la mese și să permită deplasarea cu ușurință a scaunelor. Seminariile erau susținute de trei perechi de formatori (bărbat și femeie), în fața unor grupuri formate din 12–22 participanți (cu o medie de 15,6 persoane). Formatorii erau asistenți sociali, consilieri pedagogici și profesori de liceu, ei înșiși în șomaj și aflați în căutarea unui loc de muncă. Formarea pe care o primiseră cuprindea cunoștințe despre procesele de grup și despre bazele teoretice ale intervenției propuse în cadrul JOBS II, ca și numeroase repetiții. Formatorii au practicat, în două etape, o secvență de instruire de cinci ședințe cu participanții.

În total, grupul intervenție a cuprins 671 de participanți, iar ședințele de intervenție s-au desfășurat de-a lungul a 22 de săptămâni, pe parcursul anului

1991[1]. Şedinţele cuprindeau o largă paletă de probleme: exemple şi exerciţii de identificare şi de comunicare a capacităţilor personale asociate muncii, utilizarea reţelelor sociale pentru obţinerea de informaţii referitoare la posturi, maniera de a contacta posibilii angajatori, întocmirea unor cereri de lucru şi CV-uri, sfaturi despre cum poate fi susţinut cu succes un interviu pentru un post. Fiecare şedinţă de patru ore a fost standardizată pentru formatori, sub forma unui text de opt până la douăsprezece pagini. Toate detaliile referitoare la selecţia şi la formarea intervenienţilor formatori şi la programul de formare fac obiectul unui manual de 370 de pagini (Curran, 1992). O ediţie mai recentă a acestui manual a fost publicată în 1999 (Curran, Wishart şi Gingrich, 1999).

Examinarea conţinutului şi implementării programului JOBS II pune în evidenţă următoarele cinci elemente de bază:

- o *formare având drept obiectiv abilităţile de căutare a unui loc de muncă.* Cum majoritatea şomerilor au abilităţi şi cunoştinţe insuficiente în acest domeniu, participanţii la seminarii sunt invitaţi să dobândească aceste abilităţi, esenţiale pentru căutarea eficientă a unui loc de muncă;
- *metode active de predare şi de învăţare.* Aceste metode le permit participanţilor să profite de cunoştinţele şi de abilităţile pe care le au ceilalţi participanţi. Discuţiile în grupuri mici şi mari şi exerciţiile de joc de rol sunt esenţiale;
- *formatori competenţi.* Aceşti intervenienţi trebuie să fie bine formaţi pentru a construi încrederea şi a facilita dinamicile grupului, care sprijină participanţii. Ei trebuie să promoveze învăţarea abilităţilor de căutare a unui loc de muncă şi strategiile de adaptare utile pe parcursul acestei căutări;
- un *mediu de învăţare prietenos.* Formatorii depun eforturi pentru a crea un mediu de învăţare pozitiv, cu ajutorul exerciţiilor care generează oportunităţi pentru ca participanţii să-i înveţe şi să-i susţină pe ceilalţi. Mediul prietenos este ingredientul cheie pentru învăţare şi pentru a face faţă provocărilor pieţei muncii, cu precădere acelora care subminează motivaţia persoanelor de a-şi căuta un loc de muncă (Vinokur şi Caplan, 1987). Susţinerea socială este unul dintre factorii importanţi pentru menţinerea sănătăţii mentale a şomerilor (Atkinson, Liem şi Liem, 1986);

---

[1] Grupul de control a primit prin poştă o mică broşură cu descrierea metodelor utile pentru căutarea unui loc de muncă. Această broşură a fost distribuită şi persoanelor care făceau parte din grupul de intervenţie.

— o *pregătire pentru a face față înfrângerilor, dezamăgirilor*. Mai multe studii au arătat că șomerii foarte motivați pentru găsirea unui loc de muncă, ale căror demersuri eșuează, cunosc un risc mai mare de a dezvolta probleme psihice decât cei care sunt mai puțin motivați (Vesalainen și Vuori, 1999; Vinokur și Caplan, 1987). Programul de intervenție JOBS oferă formare pentru căutarea unui loc de muncă, urmărind creșterea motivației pentru această căutare. Din cauza riscului menționat, JOBS le oferă participanților la seminarii informații despre procesul de rezolvare de probleme, astfel încât să fie pregătiți să facă față stresului asociat șomajului, acțiunii de căutare a unui loc de muncă și inevitabilelor înfrângeri pe care le vor avea. O parte importantă a procesului rezolvării de probleme în grup este dedicată identificării și anticipării barierelor posibile și căutării unor soluții de depășire a acestor probleme. „Vaccinarea" împotriva înfrângerilor este deci o componentă importantă a formării oferite.

Pentru a menține conformitatea intervențiilor cu protocolul de cercetare stabilit, membrii echipei de cercetare au recurs, pe parcursul tuturor celor cinci luni de intervenție, la o observare regulată a ședințelor, urmată de un feedback constructiv. Pe de altă parte, formatorii se întâlneau, în fiecare săptămână, cu o persoană din echipa care îi formase, pentru a discuta aspectele particulare care apăreau în lucrul cu stagiarii.

Pentru a evalua efectele aplicării programului JOBS II, au fost utilizați mai mulți indici:

— *sentimentele de abandon*, care au fost evaluate cu un instrument de 18 itemi care făcea referire la simptome de suferință psihică precum agitația, anxietatea și neatenția;
— *funcționarea* în raport cu *rolul* persoanei și funcționarea *emoțională*, evaluate cu ajutorul unui instrument format din 15 itemi, urmărind modalitatea în care subiectul face față responsabilităților sale, răspunsurile pe care le dă solicitărilor vieții cotidiene, păstrarea propriului echilibru și adoptarea unor decizii bune etc.
— *eficiența personală* în căutarea unui loc de muncă, măsurată cu un instrument de șase itemi, care evaluează în ce măsură subiectul are încredere în el însuși pe parcursul unui interviu de angajare, în ce măsură este capabil să convingă un angajator că se potrivește caracteristicilor postului, dacă solicită un post sau trimite un CV cu încredere,

dacă este capabil să apeleze la prieteni sau la alte persoane pentru a găsi angajatori care au nevoie de competențele sale, dacă poate alcătui o listă cu competențele deținute, pe care s-o folosească apoi în căutarea unui loc de muncă;

- *stima de sine*, măsurată cu un instrument al scalei Rosenberg format din opt itemi;
- *locul controlului*, evaluat cu zece itemi ai scalei lui Rotter, aleși în funcție de maniera în care definesc orientarea personală interior–exterior;
- *stăpânirea de sine*, măsură compozită bazată pe cei trei indici precedenți (eficiență personală, stimă de sine, locul controlului);
- *percepția asupra procesului de intervenție* avută de subiecții care au beneficiat de programul JOBS II, indice care acoperă aspecte diverse, precum comportamentul formatorilor și al membrilor grupului căruia îi aparține subiectul evaluat, modul de derulare a seminarului (libertatea cuvântului, ascultarea din partea celorlalți membri ai grupului, exersarea abilităților de căutare a unui loc de muncă), impactul intervenției asupra eficienței personale în căutarea unui loc de muncă, asupra stimei de sine și optimismului față de căutarea unui loc de muncă, asupra încrederii în propria capacitate de a gestiona înfrângerile;
- *reangajarea*, considerată realizată dacă persoana lucrează cel puțin 20 de ore pe săptămână și socotește că „lucrează suficient".

Rezultatele obținute prin intermediul programului de intervenție JOBS II au fost evaluate după șase luni și după doi ani. Datele obținute după șase luni arată că subiecții grupului intervenție au niveluri ale stăpânirii de sine semnificativ mai ridicate decât cei din grupul de control. Totuși, datele culese nu permit să se precizeze care componentă a programului aplicat se află la originea acestui rezultat. Așa cum arată rezultatele verificărilor realizate la două și la șase luni de la intervenție, JOBS II are efecte semnificative asupra sănătății mentale și reangajării. Beneficiile sunt evidente pentru subiecții considerați cu risc ridicat, dar nu și pentru cei cu risc slab. În plus, beneficiile subiecților cu risc ridicat au fost obținute printr-o intervenție mai scurtă decât în cazul programului JOBS I. Cercetătorii implicați în aplicarea și evaluarea programului JOBS II presupun că participarea subiecților cu risc slab la grupurile de intervenție a putut favoriza apariția efectelor pozitive la participanții cu risc ridicat. Aceasta se poate explica prin încurajarea interacțiunilor eficiente și care susțin participanții cu risc ridicat și prin faptul că subiecții cu risc redus pot constitui modele pozitive de identificare.

La doi ani după finalizarea JOBS II, grupul care a beneficiat de această intervenție prezintă, în ansamblul său, niveluri semnificativ mai ridicate ale reangajării și veniturilor lunare, mai puține simptome depresive și o probabilitate mai redusă de a prezenta un episod depresiv major pe parcursul anului scurs, funcționează mai bine în raport cu exercitarea rolului și în plan emoțional decât grupul de control (Vinokur *et al.*, 2000).

Programul de intervenție JOBS II a fost utilizat, de asemenea, în Finlanda, de Vuori *et al.* (2002), sub numele de programul Työhön[1]. Nu sunt multe diferențe de menționat între maniera în care JOBS II a fost administrat în această țară și în Statele Unite. Dacă în Statele Unite JOBS II se adresa persoanelor aflate de relativ puțin timp în șomaj (mai puțin de 13 săptămâni), în Finlanda intervenția a fost realizată asupra unor participanți aflați în șomaj de o perioadă mai lungă de timp (în medie 10,7 luni). Pe de altă parte, programul Työhön s-a derulat în instituții școlare situate în regiunea de unde proveneau șomerii.

Rezultatele obținute în Finlanda dovedesc și ele o ameliorare a sănătății mentale a persoanelor care au beneficiat de JOBS II, iar acest efect pozitiv apare, la fel ca în cercetarea desfășurată în Statele Unite, numai la subiecții cu risc ridicat. În urma analizei efectuate de Audhoe *et al.* (2010) reiese că noi dispunem de fapt de dovezi limitate cu privire la eficiența programelor de intervenție axate pe suferința psihologică a persoanelor care și-au pierdut locul de muncă.

Utilizarea scrisului

La fel ca în cazul divorțului și abuzului sexual, persoanele care fac față pierderii locului de muncă nu sunt pregătite să vorbească despre lucrul acesta, inhibiție care poate face dificilă căutarea unui nou loc de muncă (Spera, Buhrfeind și Pennebaker, 1994). Soper și Von Bergen (2001) menționează că exprimarea scrisă poate aduce un ajutor important în cazul experiențelor cu caracter traumatic și în special în cazul șomajului. Ei subliniază faptul că exprimarea emoțiilor negative are, în general, un efect pozitiv. Această constatare se bazează pe numeroase dovezi referitoare la efectele pozitive asupra sănătății, a stării psihologice de bine, a funcționării fiziologice (tensiune arterială, ritm cardiac) sau a funcționării generale (găsirea unui nou loc de muncă, de exemplu). Din contră, inhibiția emoțională poate avea efecte contrare asupra tuturor aspectelor menționate.

---

[1] Cuvântul finlandez *työhön* semnifică „a munci" sau „să trecem la muncă".

În ciuda tuturor acestora, Soper şi Von Bergen (2001) atrag atenţia asupra faptului că exprimarea emoţiilor se poate dovedi ineficientă, mai ales în cazul persoanelor care prezintă tulburări ale tratării cognitive a informaţiei, al celor care prezintă o depresie severă, al persoanelor aflate de puţin timp în doliu sau în cazul persoanelor în vârstă. În aceste circumstanţe, autorii citaţi recomandă alegerea atentă a celor cărora le este propusă această metodă de intervenţie şi observarea lor ulterioară. În cazul persoanelor cu o mai mare labilitate emoţională, scrisul poate fi recomandat în cadrul şedinţelor de consiliere. Pentru majoritatea şomerilor, această metodă poate fi aplicată sub formă de lucru individual la domiciliu, tocmai prin natura privată a exerciţiului. În acest caz, Soper şi Von Bergen fac următoarele recomandări:

- să se găsească un loc confortabil, permiţând asigurarea intimităţii şi a unui moment al zilei propice pentru derularea exerciţiului;
- să se efectueze exerciţiul pe parcursul a 15–20 minute, o dată sau de două ori pe săptămână, în mod ideal pe parcursul a cel puţin 3–4 săptămâni;
- şedinţele de scris să fie planificate lunea şi vinerea sau miercurea şi duminica, lăsând astfel să se scurgă 2–3 zile între două şedinţe;
- să nu se acorde importanţă formei (ortografie, sintaxă, scriere de mână sau la computer);
- atenţia să fie menţinută asupra gândurilor şi sentimentelor celor mai intense aflate în relaţie cu experienţa şomajului şi modului în care această experienţă afectează viaţa cotidiană;
- tranziţia de la scris la alte activităţi să fie realizată treptat;
- dacă nevoia de susţinere se manifestă în timpul sau după exerciţiu, aceasta poate fi satisfăcută telefonic sau prin poştă de către un specialist (desigur, asigurându-se confidenţialitatea) sau chiar de un prieten cu o bună capacitate de ascultare.

Spera *et al.* (1994) dovedesc utilitatea scrierii numite expresive în situaţiile de pierdere a locului de muncă. Cercetarea lor a avut drept subiecţi 63 de profesionişti (din care 62 de bărbaţi, cu vârsta medie de 54 de ani), voluntari într-un proiect care utiliza scrierea, implementat de o asociaţie de ajutorare pentru reinserţia profesională a persoanelor aflate în şomaj. Cei 63 de şomeri au fost împărţiţi aleatoriu în trei grupuri: un grup experimental scriere (N = 20), un grup de control scriere (N = 21) şi un grup de control fără scriere (N = 22). Acest ultim grup era format din şomeri care nu puteau participa la

faza acestei cercetări consacrate scrierii, dar au completat chestionare înainte şi la finalizarea cercetării şi au avut acces la serviciile societăţii de ajutor pentru reinserţie.

Cu o săptămână înainte de etapa consacrată scrierii, avusese loc o întâlnire individuală pe parcursul căreia cercetătorii au explicat participanţilor că vor trebui să scrie timp de cinci zile consecutive, 20 de minute pe zi. Pe parcursul acestei întâlniri, subiecţii au completat: (a) un chestionar referitor la starea lor de sănătate şi (b) un chestionar referitor la căutarea unui loc de muncă (conţinând întrebări care urmăreau activitatea de căutare a unui loc de muncă, motivaţia, nivelul de anxietate pe parcursul acestei perioade, anumite comportamente — precum consumul de băuturi alcoolice — care se puteau manifesta pe parcursul săptămânii precedente acestei întâlniri). Au fost înregistrate, de asemenea, vârsta, înălţimea, greutatea, tensiunea arterială şi ritmul cardiac.

O săptămână mai târziu, începea exerciţiul de scriere. Cu puţin timp înainte, participanţii s-au întâlnit cu unul dintre cercetători pentru a li se reaminti instructajul exerciţiului de scriere:

- subiecţii aparţinând grupului experimental de scriere trebuiau să-şi descrie gândurile şi sentimentele profunde stârnite de concediere, ca şi măsura în care aceasta le afectase viaţa personală şi profesională. În instructaj, se insista asupra necesităţii de a-şi „sonda" în profunzime emoţiile;
- subiecţilor grupului de scriere de control li s-a spus să scrie despre ce îşi propuneau să facă pe parcursul zilei, ca şi despre activităţile legate de căutarea unui loc de muncă. În acelaşi timp, s-a precizat că trebuiau să evite să-şi dezvăluie opiniile sau sentimentele referitoare la situaţia lor.

După fiecare şedinţă de 20 de minute, subiecţii trebuiau să completeze un chestionar zilnic referitor la simptomele lor fizice (tahicardie, tulburări digestive, de exemplu) şi la eventualele manifestări ale unor stări psihice negative (anxietate, stare de oboseală etc.). În a cincea zi, pe lângă chestionarul zilnic, subiecţii trebuiau să completeze un chestionar al ultimei zile de scriere (cu întrebări despre ce simţiseră scriind, ca şi faţă de acest studiu) şi chestionarul comportamentului de căutare de lucru (acesta din urmă era completat şi de profesionistul responsabil de subiectul respectiv).

Douăsprezece zile mai târziu, participanţii completau încă o dată chestionarul comportamentului de căutare a unui loc de muncă. În acelaşi moment,

li se nota greutatea, tensiunea arterială şi ritmul cardiac. Această procedură a fost repetată în fiecare ultimă săptămână a următoarelor trei luni. În plus, subiecţii au ţinut jurnale în care şi-au notat interviurile la care au participat. Centrul de ajutor pentru reangajare a înregistrat o serie de indicatori legaţi de căutarea unui loc de muncă (numărul de apeluri telefonice primite de participanţi, ca şi numărul de scrisori scrise de aceştia). Informaţiile care figurau în jurnale (referitoare, cu precădere, la interviurile susţinute de subiecţi), apelurile telefonice date şi scrisorile trimise au fost considerate buni indicatori ai activităţii de căutare a unui loc de muncă.

La patru luni de la etapa de scriere, proiectul a trebuit finalizat deoarece subiecţii din grupul experimental de scriere au fost angajaţi la un nivel semnificativ mai ridicat decât cei care făceau parte din cele două grupuri de control. După opt luni, 52,6% din grupul experimental de scriere, 23,8% din grupul de scriere de control şi numai 13,6% din grupul control fără scriere aveau locuri de muncă cu normă întreagă. Probabilitatea de a găsi un loc de muncă în lunile următoare şedinţelor de scriere, pentru şomerii care scriu despre ceea ce simt după pierderea locului de muncă este deci semnificativ mai mare decât aceea a grupurilor de control. Acest rezultat nu părea a fi asociat unei motivaţii mai ridicate. Într-adevăr, subiecţii din grupul experimental de scriere nu au dat mai multe apeluri telefonice, nu au avut mai multe întâlniri şi nici nu au trimis mai multe scrisori.

Rezultatul obţinut de Spera *et al.* subliniază importanţa luării în considerare a consecinţelor psihologice ale pierderii locului de muncă, pentru ca şomerii să fie din nou angajaţi. Rezultatele obţinute în această cercetare sugerează faptul că persoanele care îşi abordează emoţiile şi care îşi reevaluează situaţia din punct de vedere cognitiv au mai multe şanse de a găsi un nou loc de muncă. Scrisul ar permite elaborarea sentimentelor negative rezultate din pierderea serviciului, prevenirea revenirii lor (ceea ce ar putea sabota căutarea unui loc de muncă) şi adoparea unei noi perspective, pozitive, mai ales pe parcursul unui interviu de angajare.

Totalitatea datelor prezentate în acest capitol arată că problematica şomajului poate constitui un domeniu important de aplicare a metodelor de lucru aparţinând rezilienţei asistate. Este de evitat totuşi să se creadă sau să se dea impresia că un fenomen atât de complex poate fi redus la aspectele sale psihologice, chiar dacă acestea — cu precădere suferinţa psihică — sunt importante. Orice formă de reducţionism este nocivă şi poate duce la stigmatizarea persoanelor care trăiesc această situaţie. Şomajul este o situaţie complexă care

necesită o multitudine de mijloace pentru a fi rezolvată, iar demersul psihologic nu reprezintă decât unul dintre acestea.

Bibliografie

Albee G.W. (1980), A competency modei must replace the defect model, în L.A. Bond şi J.C. Rosen (coord.), *Competence and coping during adulthood*, Hanover, University Press of New England, p. 75–104.

Albee G.W. (1985), The argument for primary prevention, *Journal of Primary Prevention*, vol. 5, 213–219.

Albee G.W. (1996), Revolutions and counterrevolutions in prevention, *American Psychologist*, vol. 51, nr. 11, p. 1130–1133.

Atkinson T., Liem R., şi Liem J. (1986), The social costs of unemployment: Implications for social support, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 27, p. 317–331.

Audhoe S.S., Hoving J.L., Sluiter J.K. şi Frings-Dresen M.H.W. (2010), Vocational interventions for unemployed: effects on work participation and mental distress. A systematic review, *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 20, p. 1–13.

Beveridge W.H. (1909), *Unemployment: A problem* of industry, Londra, Longmans, Green and Co.

Caplan R.D., Vinokur A.D., Price R.H. şi Van Ryn M. (1989), Job seeking, reemployment and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss, *Journal of Applied Psychology*, vol. 74, p. 759–769.

Creed P.A., Hicks R.E. şi Machin M.A. (1998), Behavioural plasticity and mental health outcomes for long-term unemployed attending occupational training programs, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 71, p. 171–191.

Curran J. (1992), *JOBS: A manual for teaching people successful job search strategies*, Ann Arbor, Michigan Prevention Research Center, Institute for Social Research.

Curran J., Wishart P. şi Gingrich J. (1999), *JOBS: A manual for teaching people successful job search strategies*, Ann Arbor, Universitatea Michigan. Institute for Social Research, Michigan Prevention Research Center.

Eisenberg P. şi Lazarsfeld P.E. (1938), The psychological effects of unemployment, *Psychological Bulletin*, nr. 35, p. 358–390.

Fryer D. (1986), Employment deprivation and personal agency during unemployment, *Social Behaviour*, vol. 1, p. 3–23.

Fryer D. (1997), Agency restrictions, în N. Nicholson (coord.), *The Blackwell encyclopedic dictionary of organizational psychology*, Oxford, Blackwell, p. 12.

Fryer D. şi Payne R. (1986), Being unemployed: A review of the literature on the psychological experience of unemployment, în. C.L. Cooper şi I.T. Robertson (coord.), *International review of industrial and organizational psychology*, Chichester, Wiley, p. 235–278.

Gullotta T.P. (2008), From theory to practice, Treatment and prevention possibilities, în T.P. Gullotta şi G.M. Blau (coord.), *Handbook of childhood behavioral issues. Evidence-based approaches to prevention and treatment*, New York, Routledge, p. 3–17.

Hayes J. şi Nutman P. (1981/1983), *Comprendre les chômeurs*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

Heller K. (1996), Coming of age of prevention science: Comments on the 1994 National Institute of Mental Health – Institute of Medicine prevention reports, *American Psychologist*, vol. 51, p. 1123–1127.

Hill J. (1977), *The social and psychological impact of unemployment: a pilot study*, doc. 2T74, Londra, The Tavistock Institute of Human relations.

Hill J. (1978), The psychological impact of unemployment, *New Society* (19 ianuarie 1978), p. 118–120.

Hopson B. şi Adams J. (1976), Towards an understanding of transition: defining some boundaries of transition dynanimcs, în J. Adams, J. Hayes şi B. Hopson (coord.), *Transition: Understanding and managing personal change*, Londra, Martin Robertson, p. 3–25.

Jahoda M. (1981), Work, employment and unemployment: Values, theories and approaches in social research, *American Psychologist*, vol. 36, p. 184–191.

Jahoda M. (1982), *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*, Cambridge, Cambridge University Press.

Kobasa S.C. (1979), Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 37, p. 1–11.

Kobasa S.C. şi Puccetti M.C. (1983), Personality and social resources in stress resistance, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 45, p. 839–850.

Lazarsfeld P., Jahoda M. şi Zeisel H. (1933/1982), *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Maddi R.S. şi Kobasa S.C. (1984), *The hardy executive: Health under stress*, Homewood, Dow Jones-Irvin.

McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C. şi Kinicki A. (2005), Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study, *Journal of Applied Psychology*, vol. 90, p. 53–76.

Moorhouse A. şi Caltabiano M.L. (2007), Resilience and unemployment: Exploring risk and protective influences for the outcome variables of depression and assertive job searching, *Journal of Employment Counseling*, vol. 44, nr. 3, p. 115–125.

Murphy G.C. şi Athanasou J.A. (1999), The effect on unemployment on mental health, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 72, p. 83–99.

Paul K.I. şi Moser K. (2009), Unemployment impairs mental health: Meta-analyses, *Journal of Vocational Behaviour*, vol. 74, p. 264–282.

Perry M. şi Albee G.W. (1994), On „The Science of Prevention", *American Psychologist*, vol. 49, nr. 1087–1088.

Price R.H., Van Ryn M. şi Vinokur A.D. (1992), Impact of preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 33, p. 158–167.

Soper B. şi Von Bergen C.W. (2001), Employment counseling and life stressors: coping through expressive writing, *Journal of Employment Counseling*, vol. 38, p. 150–160.

Spera S.P., Buhrfeind E.D. şi Pennebaker J.W. (1994), Expressive writing and coping with job loss, *Academy of Management Journal*, nr. 37, p. 722–733.

Topalov C. (1994), *Naissance du chômeur: 1880–1910*, Paris, Albin Michel.

Vesalainen J. şi Vuori J. (1999), Job-seeking, adaptation and re-employment experiences of the unemployed: A three-year follow-up, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, vol. 9, p. 383–394.

Vinokur A.D. şi Caplan R.D. (1987), Attitudes and social support: Determinants of job-seeking behavior and well-being among the unemployed, *Journal of Social Psychology*, vol. 17, p. 1007–1024.

Vinokur A.D., Price R.H. şi Caplan R.D. (1991), From field experiments to program implementation: Assessing the potential outcomes of an experimental intervention program for unemployed persons, *American Journal of Community Psychology*, vol. 19, p. 543–562.

Vinokur A.D., Price R.H. şi Schul Y. (1995), Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression, *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, nr. 1, p. 39–74.

Vinokur A.D., Schul Y., Vuori J. şi Price R.H. (2000), Two years after a job loss: Long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 5, nr. 1, p. 32–47.

Vinokur A.D., Van Ryn M., Gramlich E.M. şi Price R.H. (1991), Long-term follow-up and benefit-cost analysis of JOBS Project: A preventive intervention for the unemployed, *Journal of Applied Psychology*, nr. 76, p. 213–219.

Vuori J., Price R.H., Mutanen P. şi Malmberg-Heimonen I. (2005), Effective group training techniques in job-search training, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 10, nr. 3, p. 261–275.

Vuori J. şi Vesalainen J. (1999), Labor market interventions as predictors of reemployment, job seeking activity and psychological distress among the unemployed, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 72, p. 523–538.

Vuori J., Silvonen J., Vinokur A. şi Price R. (2002), The Työhön Job Search Program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 7, p. 5–19.

Warr, P.B. (1987), *Work, unemployment and mental health*, Oxford, Clarendon Press.

Warr, P.B. (2007), *Work, happiness and unhappiness*, Mahwah, Laurence Erlbaum.

XV.

Rezilienţa în situaţii de genocid

Serban Ionescu, Eugène Rutembesa
şi Yvonne Kayiteshonga

În ciuda numeroaselor progrese ştiinţifice şi tehnologice realizate pe parcursul secolului XX şi consecinţelor lor asupra calităţii vieţii unei părţi din populaţia mondială, această perioadă a istoriei rămâne marcată de mai multe tentative înfiorătoare de exterminare a unor grupuri umane. Acestea debutează cu genocidul populaţiei herero din Namibia (1904–1905) şi se finalizează cu acela al populaţiei tutsi, în 1994, în Rwanda.

Răspunzându-i într-un fel lui Winston Churchill care, în 1944, vorbea despre ororile nazismului ca despre *o crimă anonimă*, Raphael Lemkin[1], profesor de drept internaţional în Statele Unite, introduce în acelaşi an cuvântul *genocid*[2]. Dar, aşa cum scrie Kuper (1981), „cuvântul este nou, însă conceptul este vechi" (p. 9). Într-adevăr, practicile exterminatorii au o lungă istorie şi pot fi găsite chiar în cele mai vechi societăţi organizate (Brunetau, 2004). Menţionăm, de asemenea, că trecerea în secolul XXI nu le-a oprit, Darfour reprezentând dovada acestei oribile continuităţi.

Genocidele[3] constituie traume enorme, care afectează într-o manieră importantă (şi adesea persistentă) sănătatea mentală a supravieţuitorilor. Acest capitol îşi propune să ilustreze efectele acestui gen de traumă asupra

---

[1] Evreu polonez, Raphael Lemkin (1900–1959) şi-a părăsit ţara de origine în momentul în care Europa cădea, progresiv, sub jugul nazist şi, după o călătorie de poveste care l-a purtat, succesiv, în Lituania, Suedia, Uniunea Sovietică şi Japonia, ajunge în Statele Unite. După o perioadă în care a lucrat la negru... la Facultatea de Drept a Universităţii Yale, Lemkin devine profesor la Universitatea Duke (Jones, 2006). O selecţie a principalelor opere ale lui Lemkin asupra genocidului poate fi consultată la http://www.preventgenocide.org/lemkin.

Acest cuvânt a fost creat pornind de la cuvântul grecesc *genos* (rasă, popor) şi sufixul latin *cide* de la *cædere*, a ucide).

În data de 9 decembrie 1948 a fost adoptată Convenţia care, în articolul său 11, consideră drept genocid orice act „comis cu intenţia de a distruge, total sau parţial, un grup naţional, etnic, rasial

sănătății mentale a supraviețuitorilor, pornind de la studii întreprinse asupra a două genocide: cel al cambodgienilor (1975–1979) și cel al populației tutsi, din Rwanda (1994). Totodată, capitolul de față aduce dovezi referitoare la manifestările de reziliență ale supraviețuitorilor, descrie factori de protecție față de genocid și prezintă o serie de metode ce permit dezvoltarea rezilienței la nivel de societate[1].

Impactul genocidelor asupra sănătății mentale

Studii referitoare la genocidul cambodgian

Studii întreprinse asupra diferitelor populații

Mollica, Donelan, Tor, Lavelle, Elias, Frankel și Blendon (1993) au studiat, utilizând criteriile DSM-III-R, prevalența tulburării de stres posttraumatic (TSPT) și a depresiei într-o populație de 993 de cambodgieni care locuiesc în taberele de la frontierea Thailandei cu Cambodgia. Rezultatele arată o prevalență de 15% pentru TSPT și de 55% pentru depresie.

Alți cercetători au realizat studii epidemiologice asupra refugiaților. Astfel, Clarke, Sack și Goff (1993) au obținut o prevelență a TSPT de 32% la adolescenții cambodgieni refugiați în Statele Unite, care făceau parte dintr-o comunitate. Din 32%, 7% prezentau o comorbiditate cu depresia. În alt studiu, întreprins asupra a 223 de refugiați cambodgieni în Noua Zeelandă, Cheung (1994) menționează o prevalență a SSPT de 12%.

Sack, McSharry, Clarke, Kinney, Seeley și Lewinsohn (1994) studiază prevalența TSPT și a depresiei în două populații de refugiați cambodgieni în Statele Unite, populații reprezentate de două generații. Prima era formată din 209 persoane (adolescenți și tineri adulți cu vârste cuprinse între 13 și 25 de ani), iar a doua cuprindea 177 de persoane (mame sau tați ai subiecților din prima populație). Pentru TSPT, prevalența este de 18% în populația de adolescenți și tineri și de 44% în rândul celei de-a doua populații (TSPT era prezentă la mai mult de jumătate din mame și la aproximativ 1/3 din tați). În cazul depresiei majore, prevalența este de 10% la cei între 13–25 ani și, respectiv, de 18% la părinții lor.

---

sau religios". Această convenție, intrată oficial în vigoare în data de 12 ianuarie 1951, recunoaște „că în toate perioadele istorice genocidul a provocat mari pierderi umanității".

Numeroase publicații aduc informații despre alte aspecte asociate genocidelor. În acest sens, cititorul poate consulta lucrările lui Staub (1989/2007), Bruneteau (2004), Jones (2006) și Waller (2007).

Un studiu comparativ al prevalenței tulburărilor psihice în patru țări în care au avut loc conflicte — Algeria, Cambodgia, Etiopia și Palestina — a fost realizat de De Jong, Komproe și Van Ommeren (2003)[1]. În cazul Cambodgiei[2] au fost studiate 610 persoane (din care 56,9% femei), cu vârste cuprinse între 16 și 60 de ani (cu o medie de 36,3 ani și o abatere standard de 12,9). Acești subiecți proveneau din trei regiuni din Cambodgia care se consideră că au populații sărace, cu un nivel socioeconomic mediu și, respectiv, relativ ridicat; timp de mai multe decenii fuseseră expuși violențelor, inclusiv genocidului comis de khmerii roșii. Participanții din cadrul acestei cercetări care fuseseră expuși la violența asociată conflictelor (81% din total) erau mai în vârstă și aveau un nivel de școlarizare mai redus.

Datele referitoare la prevalența tulburărilor psihice privesc ansamblul populației (N = 610) și, separat, subiecții care fuseseră victime ale violenței asociate conflictelor armate (N = 494) și cei care nu trăiseră acest tip de violență (N = 116). Pentru ansamblul populației, prevalențele constatate sunt, în ordine descrescătoare, 40% pentru tulburările anxioase, 28,4% pentru TSPT, 11,5% pentru tulburările de dispoziție și 1,6% pentru tulburările somatoforme.

În toate cazurile, prevalențele înregistrate la subiecții victime ale violenței asociate conflictelor armate sunt mai importante decât cele constatate pentru grupul care nu a trăit acest tip de violență. Astfel, în cazul tulburărilor anxioase, aceste cifre sunt de 42,3% (în comparație cu 30,2%), iar în cazul TSPT, 33,4% (comparativ cu 6,9%). Rezultatele obținute arată, de asemenea, numeroase tipuri de comorbiditate. De exemplu, în cazul persoanelor care fuseseră victime ale violenței asociate conflictelor armate, TSPT este asociată tulburărilor anxioase (în 9,3% din cazuri), tulburărilor de dispoziție (în 6,9% din cazuri) și, simultan, acestor două tipuri de tulburări (în 4,5% din cazuri).

Studiu epidemiologic realizat asupra unui eșantion național

Datorită importanței sale, cercetarea întreprinsă de Sonis, Gibson, De Jong, Field, Hean și Komproe (2009) va fi prezentată aici în detaliu. Este vorba

---

[1] Detaliile referitoare la metodologia acestei cercetări sunt prezente în Jong, Komproe, Van Ommeren, El Masri, Araya, Khaled, Van de Put și Somasundaram (2001).

[2] Acest capitol fiind consacrat genocidelor, expunem aici doar rezultatele privind cambogienii. Cu titlu informativ, să notăm că prevalențele diferitelor tulburări variază de la o zonă la alta. Pentru TSPT, prevalențele estimate sunt de 37,4% în Algeria, 28,4% în Cambogia, 17,8% în Palestina și de 15,8% în Etiopia. Ordinea regiunilor rămâne aceeași și pentru tulburările de dispoziție, prevalențele fiind de 22,7%, 11,5%, 9,4% și, respectiv, 5,2%.

despre un studiu epidemiologic realizat în 2006–2007, pe un eşantion naţional reprezentativ al populaţiei cambodgiene adulte trăind în comunitate (necontinând deci persoanele instituţionalizate sau locuind în tabere). Au fost incluse persoane în vârstă de cel puţin 18 ani, cu rezidenţa permanentă în Cambodgia. Cum autorii acestui studiu s-au concentrat în mod deosebit asupra persoanelor care aveau cel puţin trei ani în 1975, când a început teroarea khmerilor roşii, persoanele peste 35 de ani au fost în mod deliberat suprareprezentate în eşantionul format.

Grupaţi în două echipe, asistenţii de cercetare, formaţi în prealabil pentru aplicarea individuală a chestionarului şi supervizaţi în mod constant pentru a asigura calitatea datelor culese, s-au deplasat în cele 24 de provincii ale Cambodgiei. Din 1 017 interviuri, 997 (98%) au fost realizate între 25 decembrie 2006 şi 23 ianuarie 2007. Din motive logistice, 20 de interviuri au fost realizate între 7 şi 29 august 2007.

Eşantionul total de 1 017 persoane era format dintr-o serie de tineri (cu vârste cuprinse între 18 şi 35 de ani, cu o vârstă medie de 25,8 ani) şi dintr-o serie de persoane cu vârste peste 35 de ani (vârsta medie de 50,6 ani). Din prima serie făceau parte 204 persoane, dintre care 51,4% femei; din seria persoanelor cu vârsta peste 35 de ani, 813 persoane, dintre care 57,3% femei. Peste 70% de persoane din eşantionul total aveau un venit mai mic de 100 de dolari, 85,5% locuiau în zona rurală, 97,8% erau budişti. Aproximativ 76,1% dintre bărbaţi erau căsătoriţi, proporţie care se diminua la 67,4% în cazul femeilor. Procentul persoanelor neşcolarizate sau care nu frecventaseră decât şcoala primară era de 43% pentru seria 18–35 de ani şi de 81,1% pentru cei peste 35 de ani.

Chestionarul urmărea stabilirea prezenţei unei „probabile TSPT", ca şi gradul de incapacitate mentală şi fizică[1] a persoanelor din eşantionul studiat. Expresia „TSPT probabilă" a fost utilizată deoarece *PCL-C* (*PTSD Checklist* – varianta civilă[2]), instrument ales pentru depistarea TSPT, deşi cu excelente proprietăţi psihometrice, este o listă de bifare a itemilor, şi nu un interviu diagnostic care să permită stabilirea unui diagnostic de TSPT. Utilizat deja în Cambodgia de Field şi Chhim (2008), PCL-C este format din 17 itemi care

---

[1] *Incapacitatea mentală* a fost evaluată folosind secţiunea consacrată funcţionării mentale a *Medical Outcomes Study 12-item Short Form Health Survey (SF-12), version 1*. Această secţiune măsoară vitalitatea, funcţionarea emoţională şi starea de sănătate mentală pe parcursul ultimelor 30 de zile. Pentru a evalua *incapacitatea fizică*, Sonis *et al.* au utilizat componenta *SF-12* consacrată sănătăţii fizice, care măsoară funcţionarea fizică, durerile de la nivelul corpului şi starea generală de sănătate pe parcursul ultimelor 30 de zile.

[2] Această variantă (Ruggiero, Del Ben, Scotti şi Rabalais, 2003) este numită civilă pentru a o deosebi de varianta utilizată pentru militari.

corespund, fiecare, unui simptom-cheie necesar, în DSM-IV-TR, pentru a determina prezența TSPT. Un scor de 44 a fost reținut ca punct de la care se poate stabili prezența unei TSPT probabile.

Chestionarul utilizat în acest acest studiu permitea, de asemenea, evaluarea unei serii de alte variabile[1] potențial asociate cu TSPT și cu cele două tipuri de incapacitate (mentală și fizică):

- Expunerea la evenimente traumatizante pe parcursul regimului khmerilor roșii a fost evaluată cu itemii variantei cambodgiene a *Harvard Trauma Questionnaire;*
- Expunerea la evenimente traumatizante după sfârșitul regimului khmerilor roșii a fost măsurată cu adaptarea cambodgiană a *Traumatic Life Events and Social History Questionnaire* (au fost utilizați șapte itemi, printre care dezastrele naturale și agresiunile fizice);
- Maniera în care fiecare respondent percepe că i se face dreptate pentru tot ceea ce a suferit, el sau familia sa, pe parcursul regimului khmerilor roșii (condamnarea torționarilor la pedeapsa cu închisoarea, scuze exprimate de aceștia sau compensații materiale primite în calitate de victimă) a fost stabilită cu o scală concepută special pentru această cercetare și formată din trei itemi;
- Dorința de răzbunare față de autorii atrocităților comise în epoca khmerilor roșii a fost evaluată cu subscala răzbunare a *Transgression-Related Interpersonal Motivation Scale;*
- Gradul de informare în privința proceselor intentate khmerilor roșii era considerat satisfăcător dacă respondentul dădea un răspuns corect la una dintre cele două întrebări relativ la acest subiect;
- Atitudinea față de tribunalul care urma să îi judece pe khmerii roșii a fost evaluată cu o scală[2] formată din întrebări despre măsura în care respondenții considerau că aceste tribunale vor fi echitabile, capabile să facă dreptate pentru crimele comise și să promoveze reconcilierea.

Principalele rezultate obținute de Sonis *et al.* sunt:

a) prevalența TSPT probabile pe parcursul unei luni, calculate pentru eșantionul total, este de 11,2%. Deși mult mai slabă decât prevalența

---

[1] Toate instrumentele care fac parte din compoziția chestionarului au fost traduse în limba khmeră.

[2] Această scală a fost compusă din itemi care figurau în instrumentele utilizate în studiile lui Gibson (2004) în Africa de Sud și ale lui Pham, Weinstein și Longman (2004) în Rwanda.

TSPT raportată pentru o comunitate de refugiaţi cambodgieni în Statele Unite (Marshall, Schell, Elliot, Berthold şi Chun, 2005), această prevalenţă este de aproximativ cinci ori mai ridicată decât prevalenţa TSPT pe parcursul unei luni în Statele Unite (2,3%), aşa cum este estimat în cadrul Anchetei naţionale asupra comorbidităţii (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes şi Nelson, 1995). Este important de menţionat că prevalenţa (14,2%) în rândul celor cu vârsta peste 35 de ani este mai mare decât cea evidenţiată în rândul subiecţilor între 18 şi 35 ani (7,9%).

b) După controlul variabilelor precum nivelul de şcolarizare, sexul, cunoştinţele asupra procesului şi expunerea la evenimente traumatice, TSPT pare a fi asociată cu gradul de informare despre procesele intentate khmerilor roşii. Aceasta corelează cu faptul că un procentaj mai ridicat al celor care deţineau mai multe cunoştinţe în privinţa proceselor considera că procesele pot induce „amintiri dureroase" şi ridică problema unei posibile creşteri a TSPT probabile ca urmare a proceselor. În acelaşi timp, nu este clar dacă deţinerea unui bagaj mai mare de cunoştinţe creşte probabilitatea de apariţie a TSPT sau dacă se consideră că respondenţii cu TSPT ştiu mai mult referitor la procese, tocmai pentru că supravieţuitorii sunt mai interesaţi de această problemă.

c) Convingerea că a fost făcută dreptate se asociază cu o probabilitate mai redusă de apariţie a TSPT. În acelaşi timp, respondenţii care simt o dorinţă de răzbunare sunt mai înclinaţi să prezinte TSPT, dar această relaţie nu este semnificativă. Acest rezultat corelează cu cel obţinut de Pham *et al.* (2004), care au constatat existenţa unei relaţii inverse între atitudinile pozitive referitoare la *Tribunalul Internaţional pentru Rwanda* şi prezenţa simptomelor TSPT şi cu rezultatele unui număr de cercetări care scot în evidenţă o relaţie între furie sau dorinţa de răzbunare şi prezenţa TSPT într-o multitudine de contexte (Lopes Cardozo, Kaiser, Gotway şi Agani, 2003; Orth, Montada şi Maercker, 2006; Ouimette, Cronkite, Prins şi Moos, 2004). Menţionăm, totodată, că într-un studiu realizat asupra supravieţuitorilor războiului din fosta Iugoslavie, Başoğlu, Livanou, Crnobarić, Frančišković, Suljić, Durić şi Vranešić (2005) au constatat absenţa relaţiei între TSPT, pe de o parte, şi, pe de altă parte, dreptatea înfăptuită sau dorinţa de răzbunare. Diferenţa menţionată între rezultatele acestor diverse cercetări s-ar putea explica prin diferenţele între modurile de evaluare a percepţiei asupra dreptăţii înfăptuite şi a dorinţei de răzbunare.

Studii asociate genocidului rwandez

Studii pe diferite populaţii

Două studii au fost efectuate asupra unor populaţii de copii şi/sau adolescenţi. Primul (Dyregrov, Gupta, Gjestad şi Mukanoheli, 2000) a fost realizat pe o populaţie de 3 030 de persoane cu vârste cuprinse între 8 şi 19 ani, provenite din 11 prefecturi. Aceste persoane au fost intervievate la aproximativ 13 luni după genocid, în limba kinyarwandeză, punându-li-se întrebări despre trăirile şi reacţiile pe care le-au avut. Respondenţii fuseseră expuşi unor niveluri extreme de violenţă: 79,7% auziseră de o persoană care fusese ucisă sau rănită, 79,1% auziseră persoane care solicitau ajutor şi 69,8% fuseseră martori oculari ai unor situaţii în care alte persoane fuseseră ucise sau rănite. O pondere importantă din această populaţie a pierdut un membru al familiei (78,3%): tatăl (55,4%), mama (45,3%) sau ambii (36,5%). Din 3030 de tineri care au participat la această cercetare, 90,3% au crezut că vor muri.

Pentru a studia efectele acestor evenimente, Dyregrov *et al.* au utilizat *Scala revizuită a impactului evenimentelor*, instrument utilizat în general pentru studierea efectelor situaţiilor traumatizante şi adaptat la populaţiile de copii expuşi la dezastre şi la război. Rezultatele pun în evidenţă prevalenţa a numeroase simptome: evitarea situaţiilor sau lucrurilor care trezesc amintiri legate de evenimentul traumatizant (67,1%), încercarea de a evita gândurile asociate evenimentului (57%), încercarea de a nu vorbi despre eveniment (48,7%), încercarea de a îndepărta evenimentul din memorie (39,5%), gândul nedorit la eveniment (34,9%), faptul că lucrurile care amintesc evenimentul provoacă sau declanşează reacţii fizice (palpitaţii, tremurături). Per total, rezultatele obţinute arată că, la treisprezece luni după expunerea la evenimente, o bună parte dintre subiecţi continuă să prezinte imagini, gânduri şi sentimente intruzive, în ciuda încercării de a îndepărta evenimentele din memorie şi de a evita aceste amintiri. Numeroşi subiecţi constată simptome de hiperactivitate, precum incapacitatea de a se concentra sau de a fi atent.

La aproximativ zece ani după genocid (între decembrie 2003 şi ianuarie 2004), Schaal şi Elbert (2006) au studiat 68 de adolescenţi orfani (33 băieţi şi 35 fete) care supravieţuiseră genocidului şi care trăiau la Kigali. Jumătate dintre aceşti orfani, cu vârsta cuprinsă între 13 şi 23 de ani, locuiau în cămine gospodărite de un copil şi jumătate locuiau la orfelinat. Autorii acestei cercetări au utilizat *Scala revizuită a impactului evenimentelor* (adaptată de Dyregrov *et al.*, 2000) şi partea consacrată TSPT din *Composite International Interview*

(*CIDI*) (Organizaţia Mondială a Sănătăţii, 1997). Cu acest al doilea instrument, Schaal şi Elbert au evaluat prevalenţa TSPT pe parcursul ultimelor 12 luni. Conform instructajului, participanţii trebuiau să-şi amintească evenimentul cel mai neplăcut pe care îl trăiseră pe parcursul genocidului din 1994.

O proporţie semnificativă dintre participanţi (44%) satisfăcea toate criteriile DSM-IV pentru diagnosticul de TSPT. Toţi tinerii trecuseră prin evenimente traumatizante (criteriul A din DSM-IV) şi toţi au afirmat că retrăiesc cel puţin un simptom din DSM-IV (criteriul B). S-a observat, de asemenea, că 57% dintre respondenţi prezentau cel puţin trei simptome de tipul evitare/paralizie (criteriul C) şi 62% prezentau cel puţin două simptome de activare neurovegetativă (criteriul D). Un număr mai mare de simptome ale TSPT a fost declarat de: (a) tinerii care trăiau în cămine gospodărite de un copil[1]; (b) fete (care au dat dovadă de mai multe simptome ale TSPT); (c) participanţii mai în vârstă. Au fost constatate relaţii semnificative între intensitatea traumei (definită prin numărul de evenimente traumatizante trăit) şi numărul de simptome ale TSPT. În încheiere, Schaal şi Elbert prezintă o serie de limitări ale studiului lor: efectivul redus al populaţiei studiate, faptul că era vorba de orfani, tineri aflaţi într-o mai mare situaţie de risc decât alţii (atenuat totuşi de proveniența lor din Kigali, care fusese mai puţin afectată decât alte regiuni din Rwanda) şi faptul că studiul fusese întreprins la zece ani după genocid.

În 1996, Hagengimana a realizat o cercetare de tipul „din poartă-n poartă" şi a cules date de la 157 de persoane cu vârste cuprinse între 8 şi 60 de ani care locuiau în suburbiile oraşului Kigali şi în mai multe alte localităţi (Wulsin şi Hagengimana, 1998). În cadrul interviurilor ce au avut loc cu aceste ocazii au fost administrate, în limba kinyarwandeză, *Harvard Trauma Questionnaire* şi *Standardized Psychiatric Interview*. Rezultatele obţinute arată că 50% dintre persoanele întâlnite satisfăceau criteriile DSM-IV pentru un diagnostic de tulburare psihică. Tulburarea cea mai frecventă (25%) era reacţia de doliu, urmată de depresie (22%) şi TSPT (20%). Numeroase persoane prezentau, de asemenea, acuze fizice minore. Numărul mediu de evenimente traumatizante trăit pe parcursul genocidului de un subiect era de 15. Patru dintre aceste evenimente se asociau semnificativ cu diagnosticul de TSPT: izolarea forţată, faptul de a fi fost martor neputincios al atrocităţilor, violurilor şi pierderii membrilor familiei.

În februarie 2002, la aproximativ opt ani de la genocid, în cadrul unei cercetări efectuate de Pham *et al.* (2004), o echipă de 26 de persoane a susţinut

---

[1] În acelaşi timp, nu era o diferenţă semnificativă în ceea ce priveşte expunerea la evenimente traumatizante între aceşti tineri şi cei care trăiau la orfelinat.

interviuri pe baza unui chestionar standardizat, în patru comune alese pentru a reprezenta diversitatea din Rwanda și implicate cu precădere în evenimentele asociate genocidului (grade diferite de expunere și, respectiv, de protecție, în raport cu violența și cu evenimentele traumatizante). Pentru a le fi evaluată expunerea la evenimente traumatizante specifice, participanții trebuiau să indice dacă au trecut prin una sau alta din cele șapte situații următoare: distrugerea sau pierderea proprietății; evacuare forțată; boală gravă; asasinarea unui membru apropiat al familiei; moartea unui membru apropiat al familiei cauzată de o boală; violență sexuală; rănire. Pentru a evalua prezența simptomelor TSPT, Pham *et al.* au utilizat *PCL-C*.

Din 2 091 de persoane care au participat la această anchetă, 24,8% prezentau simptome corespunzătoare criteriilor diagnostice ale TSPT. Prevalența acestei tulburări varia între 12,2% la Buyoga și 33,8% la Ngoma și era mai ridicată la femei. Printre persoanele care corespundeau criteriilor diagnostice ale TSPT, 92,8% se găseau în Rwanda în momentul genocidului, restul aflându-se în exterior, mai ales ca refugiați în Republica Democrată Congo.

Rezultatele obținute de Pham *et al.* indică faptul că prezența simptomelor TSPT poate fi prezisă de:

- caracteristicile sociodemografice (prevalența mai ridicată în cazul persoanelor mai vârstnice și al femeilor);
- expunerea la multiple evenimente traumatice (expunere cumulativă);
- proximitatea fizică pe parcursul evenimentelor (prezența în Rwanda în 1994, într-o comună cu un înalt nivel de expunere);
- etnia (a fi tutsi, cu alte cuvinte a aparține grupului țintă) și distanța etnică (stabilită pornind de la răspunsurile date la șapte întrebări privitoare la tendințele persoanelor intervievate în situații care implică prezența membrilor unui alt grup etnic).

În cele din urmă, rezultatele obținute arată că violența în masă are, probabil, efecte psihologice pe termen lung, dat fiind că genocidul fusese produs cu mai mult de opt ani înainte de realizarea acestei cercetări.

Dacă cercetările descrise mai devreme se centrează pe TSPT, Bolton, Neugebauer și Ndogoni (2002) fac o estimare, la cinci ani după genocidul din 1994, a prevalenței tulburării depresive majore. Autorii acestei cercetări au intervievat un eșantion aleatoriu de adulți (N = 368) dintr-o regiune rurală a Rwandei, utilizând *Hopkins Symptom Checklist* și un instrument de evaluare a afectării funcționale adaptat pe loc. Rezultatele acestei evaluări arată că

15,5% dintre participanţi satisfac criteriile A, C şi E ale depresiei majore actuale şi că această tulburare are un efect incapacitant serios.

O altă cercetare (Hagengimana, Hinton, Bird, Pollack şi Pitman, 2003) urmăreşte un aspect mai restrâns: atacurile de panică. Punctul de pornire este reprezentat de observaţia realizată de Hagengimana, potrivit căreia reacţia rwandezilor la traumă este adesea somatică şi poate implica simptome de panică. Această cercetare, întreprinsă pe o sută de membri ai Asociaţiei văduvelor genocidului din aprilie, a constat în administrarea unui chestionar pentru atacurile de panică (adaptare a *Panic Disorder Survey*), a *Inventarului de depresie Beck*, a secţiunii „Simptome" a *Harvard Trauma Questionnaire* şi a *Listei de simptome ale tulburării de stres posttraumatic* (cuprinzând 17 simptome-criterii ale DSM-IV).

Rezultatele obţinute arată că, în cele patru săptămâni care au precedat evaluarea, 40 de văduve au prezentat unul sau mai multe atacuri de acuze somatice, corespunzând unui echivalent al atacului de panică. 35 dintre aceste femei satisfac criteriile DSM pentru tulburarea de panică. Dacă jumătate dintre femeile care prezintă atacuri de panică au şi TSPT, numai un sfert din 60 de femei fără atacuri de panică prezintă diagnosticul de TSPT. Scorurile ridicate la *Harvard Trauma Questionnaire*, la *Lista de simptome ale tulburării TSPT* şi la *Inventarul de depresie Beck* în grupurile de văduve cu atacuri de panică arată că aceste femei manifestă tulburări comorbide.

De Jong, Scholte, Koeter şi Hart (2000) au studiat situaţia persoanelor din taberele de refugiaţi. De fapt, aceşti cercetători au comparat două populaţii: (a) populaţia nr. 1, care era împărţită în trei tabere de refugiaţi şi era formată din 23 de persoane care primiseră ajutor în cadrul programului de susţinere psihosocială desfăşurat de secţiunea olandeză a Médicins sans Frontières; (b) populaţia nr. 2, formată dintr-un eşantion de 854 de refugiaţi aleşi aleatoriu, cu vârsta minimă de 15 ani (şi cu o vârstă medie de 31,3 ani), împărţiţi în patru tabere. Acestor două populaţii le-a fost administrată versiunea cu 28 de itemi a *General Health Questionnaire (GHQ-28)* al lui Goldberg şi Williams (1988), tradusă în limba kyniarwandeză folosind procedeul retroversiunii[1]. Diferenţa dintre scorurile medii la *GHQ-28* ale populaţiei nr. 1 (19,4; SD = 4,3)

---

[1] *Retroversiunea* este folosită pentru a asigura echivalenţa semantică pe parcursul traducerii instrumentelor. Acest procedeu implică mai multe etape. Pentru început, o singură persoană sau o mică echipă bilingvă traduce instrumentul din limba A în limba B. Apoi, o altă persoană sau o altă echipă bilingvă traduce din nou instrumentul din limba B în limba A. În final, un comitet de specialişti bilingvi examinează cele două versiuni ale instrumentului (versiunea originală în limba A şi versiunea tradusă în limba A) şi evaluează concordanţa fiecărui item.

şi ale populaţiei nr. 2 (13,6; DS = 8) este semnificativă. Pe baza rezultatelor obţinute, De Jong *et al.* estimează la aproximativ 50% prevalenţa problemelor de sănătate mentală în populaţia nr. 2

Studiu epidemiologic pe un eşantion naţional

Munyandamutsa şi Nkubamugisha, în parteneriat cu Biroul din Kigali al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (2009), au realizat un studiu important, primul de o asemenea amploare întreprins în Rwanda, pe un eşantion de 1 000 de persoane, a cărui dimensiune a fost calculată în funcţie de populaţia rwandeză cu vârsta egală sau mai mare de 16 ani. În constituirea acestui eşantion au fost luate în considerare toate provinciile ţării şi pentru fiecare dintre ele au fost reţinute două districte. Pe lângă vârstă, au fost reţinute două alte criterii de includere: fluenţa în limba kyniarwandeză şi naţionalitatea rwandeză. Au fost excluse persoanele care au refuzat să semneze consimţământul informat şi acelea care prezentau un handicap mental care le împiedica să răspundă la întrebările puse de echipă.

Două instrumente au fost administrate: *Mini International Neuropsychiatric Interview* (sau *MINI*) şi *Short Form 36 Health Survey (SF-36)*[1]. *MINI* a fost preferat altor instrumente diagnostice datorită utilizării sale pe scară largă, în numeroase ţări, în studierea efectelor traumei. *MINI*, ca şi *SF-36*, au fost revizuite şi adaptate în contextul rwandez. Au fost îmbogăţite pentru o mai bună explorare a problematicii comorbidităţii (alta decât depresia). Traducerea lor în limba kyniarwandeză a fost realizată prin intermediul procedeului retroversiunii.

După verificarea modului în care au fost completate chestionarele, dimensiunea finală a eşantionului a fost de 981 de persoane. Acesta era format în majoritate din persoane de sex feminin (58,92%). Grupul cu vârsta cuprinsă între 21 şi 35 de ani reprezintă 52,2% şi este urmat de grupul de persoane mai în vârstă de 35 de ani (45%) şi de acela cu vârsta între 16 şi 20 de ani (3%)[2]. Repartiţia eşantionului pe niveluri de studii arată că 60,96% dintre persoanele care îl compun au efectuat în totalitate sau parţial studii primare, în timp ce numai 1,63% au făcut studii superioare. După ocupaţie, 63,53%

[1] Rezultatele *SF-36*, instrument care permite evaluarea calităţii subiective a vieţii unei populaţii, fie la un moment dat, fie după implementarea unui program de sănătate, nu sunt prezentate şi nici discutate în acest capitol.

[2] Când intervievatorii ajungeau într-o familie, numai o persoană era rugată să răspundă.

dintre respondenți erau cultivatori și 10,19% salariați. Mai mult de 10% din eșantion avea un trai precar. Studiul eșantionului arată că 89,02% dintre persoanele mai în vârstă de 35 de ani au pierdut cel puțin o rudă. Acest procentaj scade, rămânând totuși important la cei între 16 și 20 de ani (56,25%). Situația aceasta se datorează, în mare parte, evenimentelor din 1994. În funcție de statutul marital, se observă că 51,17% erau persoane căsătorite, 21,81% celibatare și 13,73% văduve. Aproape jumătate dintre văduve/văduvi aveau acest statut din cauza asasinării partenerului lor, în marea majoritate (88,41%), în timpul genocidului.

Rezultatele obținute arată că 28,54% din eșantion satisfăcea criteriile necesare pentru diagnosticul de TSPT. O proporție importantă a eșantionului (79,41%) a fost confruntată cu evenimente traumatizante (amenințări cu moartea, răni periculoase, asistarea la moartea sau violarea unei persoane apropiate). Este deosebit de important să se sublinieze că numai 35,94% dintre persoanele care au fost confruntate cu un eveniment traumatizant au dezvoltat TSPT.

Prevalența TSPT variază în funcție de provincie: 40,19% pentru provincia din Sud, 31,48% pentru cea din Est, în timp ce pentru provincia din Nord prevalența este de numai 18,52%. Au fost, de asemenea, constatate diferențe în funcție de sex, prevalența la femei fiind de 32,01% (comparativ cu 23,57% la bărbați). În grupul persoanelor cu vârsta peste 35 de ani prevalența atinge 32,49%. La fel, în rândul persoanelor recăsătorite și divorțate se înregistrează cea mai mare prevalență (43,48% și, respectiv, 42,96%), ca și în cazul persoanelor care și-au pierdut ambii părinți (32,12%). Absența veniturilor este asociată cu un nivel de 48,57%, iar în cazul studenților prevalența este de numai 16,98%.

Rezultatele acestui studiu arată, de asemenea, că 20,49% din eșantion satisface criteriile diagnostice ale stării depresive majore actuale. Analizând datele referitoare la prevalența depresiei majore, s-a putut constata că aceasta este mai mare: (a) la femei (25,78%, comparativ cu 12,9% la bărbați); (b) la persoanele cu vârsta peste 35 de ani (24,94%); (c) la văduve/văduvi (40%) și la divorțați (39,02%); (d) la persoanele care-și pierduseră ambii părinți (25,74%) și (e) în anumite regiuni ale Rwandei (28,23% în provincia de Vest și 26,69% în provincia de Sud, în raport cu orașul Kigali, unde prevalența nu este decât de 6,49%).

Un alt rezultat important se referă la faptul că 53,93% dintre persoanele suferind de TSPT prezintă și diagnosticul de depresie majoră. În acest context, autorii studiului își pun întrebarea dacă depresia nu ar fi mai mult decât

o tulburare comorbidă reprezentând, de fapt, un răspuns (logic, chiar dacă patologic) la multiplele pierderi (umane, materiale, inclusiv a sensului vieţii) suferite de persoanele respective. Mergând şi mai departe, ei se întreabă dacă nu ar fi vorba de o entitate clinică independentă, formată din manifestări ale depresiei şi ale psihotraumei.

Studiul întreprins de Munyandamutsa şi Nkubamugisha aduce, de asemenea, informaţii despre prevalenţa abuzului de alcool (7,14%). Studiul lor a abordat, totodată, dependenţa de substanţe psihoactive: canabis, droguri licite şi anxiolitice. Prevalenţa este de 3,06% în ceea ce priveşte abuzul de aceste substanţe şi de 4,79% în ceea ce priveşte dependenţa. Nu a fost constatată nicio dependenţă de droguri puternice. Abuzul şi dependenţa de alcool şi de substanţe sunt mai frecvente la bărbaţi şi ating mai mult grupa de vârstă 21–35 de ani, urmată de aceea peste 35 de ani. Este de remarcat, de asemenea, că abuzul şi dependenţa de alcool şi de substanţe sunt mai frecvente la persoanele care prezintă diagnosticul de TSPT, comparativ cu acelea care nu au acest diagnostic.

O altă categorie nosografică scoasă în evidenţă în eşantionul studiat de Munyandamutsa şi Nkubamugisha o reprezintă tulburările somatoforme: cefalee, pierderi de cunoştinţă, gâfâială şi afonie. Cefaleea constituie, de altfel, unul dintre motivele pentru care persoanele traumatizate intră în legătură cu medicul. În eşantionul studiat, 70,71% dintre persoanele diagnosticate cu TSPT prezintă cefalee. O predominanţă netă a cefaleelor este întâlnită în rândul populaţiei de sex feminin.

Genocid şi reziliență

Cercetările prezentate în secţiunea precedentă a acestui capitol arată, fără nicio excepţie, că un procent semnificativ dintre persoanele care au suferit trauma genocidului nu prezintă tulburări psihice. Această observaţie este valabilă atât în cazul cambodgienilor, cât şi al rwandezilor şi este confirmată de o importantă metaanaliză despre efectele Shoah[1]. Pe baza datelor culese de la 71 de eşantioane (adică 12 746 de persoane), o echipă de cercetători a universităţilor din Haifa şi Leyde (Barel, Van Ijzendoorn, Sagi-Schwartz şi Bakermans-Kranenburg, 2010) constată că supravieţuitorii Holocaustului, deşi pot prezenta mai multe simptome de stres posttraumatic decât subiecţii grupului de control (care nu trecuseră direct prin Shoah),

[1] Shoah („catastrofă") este denumirea ebraică a Holocaustului. *(N.t.)*

dădeau dovadă de o bună funcționare în diferite sectoare — de exemplu, sănătatea fizică sau funcționarea cognitivă —, și manifestau o remarcabilă reziliență în viața personală și socială[1].

Această a doua parte a capitolului va fi consacrată factorilor de protecție în situație de genocid, prezentării unui caz de reziliență „naturală", metodelor create pentru restabilirea legăturilor distruse de genocid și unei scurte prezentări a câtorva propuneri de vindecare și construire a rezilienței unei societăți care a suferit efectele devastatoare ale unui genocid.

Factori de protecție în situația de genocid: rezultatele unui interviu

În februarie 2010, 15 masteranzi în psihologie la Universitatea Națională din Rwanda au răspuns la întrebările „Cum vă explicați că anumiți rwandezi nu au prezentat tulburări psihologice după genocidul din 1994? Cărui fapt atribuiți rezistența lor în fața acestei încercări?"

Răspunsurile obținute scot în evidență șase factori de protecție: (a) prezența unei rețele sociale active; (b) disponibilitatea resurselor materiale și/sau susținerii materiale; (c) o educație familială care pune accentul pe independență și pe anumite valori; (d) mesajul anumitor părinți înainte de a muri; (e) valorile culturii rwandeze și (f) o politică națională orientată spre unitate și reconciliere. Respondenții subliniază faptul că niciunul dintre acești factori nu este suficient pentru a explica de ce o persoană nu prezintă tulburări psihologice în urma genocidului. Pe de altă parte, atrag atenția că diferitele persoane nu au fost confruntate cu aceleași situații traumatice. Precizăm, de asemenea, că prezentarea acestor factori nu corespunde unei ierarhii care decurge din ponderea pe care o pot avea în prevenția tulburărilor psihopatologice.

Rețeaua socială de susținere poate fi formată din membri ai familiei, din prieteni sau din membrii unei asociații, mai ales din supraviețuitori ai genocidului. Membrii unei rețele se vizitează, își comunică noutăți, se susțin

---

[1] Alte două metaanalize arată că — în ciuda unei opinii larg răspândite — nu există o transmitere a traumei generate de Shoah asupra copiilor supraviețuitorilor (Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg și Sagi-Schwartz, 2003) sau nepoților acestora (Sagi-Schwartz, Van Ijzendoorn și Bakermans-Kranenburg, 2008). Traumatizarea secundară nu a fost observată decât la anumite eșantioane clinice, însemnând că, atunci când trec prin situații în care viața le este amenințată, copiii supraviețuitorilor ar putea fi mai vulnerabili, dezvoltând simptome ale tulburării de stres posttraumatic. Din contră, traumatizarea secundară este absentă în eșantioanele neselecționate, nonclinice.

reciproc în plan moral şi material. Îşi împărtăşesc trăirile, vorbesc despre apropiaţii care au dispărut. Rwandezul se simte puternic şi protejat dacă „aparţine", iar forţa sa se măsoară mai puţin prin bunurile materiale pe care le posedă, ci mai curând prin calitatea şi dimensiunea reţelei sale sociale.

Referitor la reţeaua formată din membrii familiei, este important de menţionat că, după genocid, puţine familii nucleare au rămas complete. În acest context, membrii familiei lărgite s-au organizat pentru a compune noi familii. Astfel, o mătuşă a putut adopta copiii deveniţi orfani din familia sa şi din aceea a soţului său, un adult s-a putut ocupa de orfanii de pe dealul unde locuia. În alte cazuri, copilul cel mare dintr-o familie în care toţi adulţii dispăruseră s-a autodesemnat capul familiei. Principiul este deci acela de a reconstitui o familie şi de a încerca să ducă o viaţă cât mai apropiată de aceea pe care o ducea o familie rwandeză înainte de genocid.

După genocid, numeroase asociaţii au văzut lumina zilei: Asociaţia văduvelor genocidului din aprilie (AVEGA)[1], Asociaţa studenţilor salvaţi de la genocid (AERG), „Aminteşte-ţi" (*Ibuka*), asociaţia „Cei care au curaj" (Benishyaka) etc. Crearea acestor asociaţii răspundea nevoilor rwandezilor care trecuseră prin genocid de a avea locuri de întâlnire pentru a-şi pune în cuvinte suferinţa, pentru a-şi împărtăşi experienţele, pentru a primi şi a oferi susţinere morală, materială şi socială. Aceste asociaţii îşi reprezintă membrii şi îşi apără interesele. Ele facilitează, totodată, asistenţa psihosocială a membrilor lor. Graţie sprijinului asociaţiilor nonguvernamentale sau al altor sponsori, anumite asociaţii au implementat activităţi de dezvoltare. Prin intermediul unor mici proiecte aducătoare de venituri, membrii lor ajung să-şi satisfacă nevoile materiale şi să se integreze din punct de vedere socioeconomic.

O altă formă de reţea socială este formată din grupurile de rugăciune. Numeroşi rwandezi afirmă că grupul de rugăciune le-a dat nu doar un motiv de a continua să nutrească speranţă, dar şi posibilitatea de a găsi o a doua familie şi de a obţine susţinere. Unii spun că rugăciunea le-a permis să depăşească suferinţa provocată de genocid.

Disponibilitatea *resurselor materiale* şi/sau a *susţinerilor materiale* reprezintă un alt factor de protecţie. Aceasta s-ar explica prin faptul că sărăcia sau mizeria amintesc trauma şi amplifică suferinţa psihică. Ajutoarele primite din partea diferitelor organizaţii nonguvernamentale rwandeze şi internaţionale, ca şi din Fondul de asistenţă pentru cei salvaţi de la genocid (FARG) au permis

---

[1] Adesea este adăugat termenul *Agahozo*, cu semnificaţia de „consolare".

reducerea problemelor asociate habitatului, şcolarizării copiilor, îngrijirilor de ordin medical. Există totuşi persoane care dispun de o situaţie materială satisfăcătoare, dar care continuă să sufere de pe urma pierderii persoanelor apropiate.

Al treilea factor de protecţie menţionat este reprezentat de educaţia familială care pune accentul pe *independenţă* şi pe anumite *valori morale* care au permis persoanelor respective, chiar înainte de genocid, să înveţe să gestioneze încercările dificile ale vieţii. Copiii care învăţaseră să fie suficient de independenţi, să ia decizii, care căpătaseră o bună stimă de sine, au scăpat mai uşor, adulţi fiind, de suferinţa în care îi cufundase genocidul. Este, de asemenea, cazul celor proveniţi dintr-o familie în care nu existau conflicte sau care ştiau să le rezolve, dintr-o familie echilibrată, solidară, în care relaţiile între diverşi membri erau călduroase, dintr-o familie în care practicile educaţionale erau coerente, care promovau valorile pozitive ale culturii rwandeze — precum munca, respectul faţă de ceilalţi, curajul — o familie care susţinea, care încuraja copiii. Conform tradiţiei, în familiile rwandeze băieţii se identificau cu tatăl sau cu unchiul lor, pentru a deveni adevăraţi bărbaţi curajoşi. În aceeaşi manieră, misiunea tinerelor fete era de a spori familia.

Proiectele părinţilor pentru copiii lor şi, mai ales, *ultimele cuvinte* dinaintea morţii în timpul genocidului, fie ale părinţilor, fie ale altei persoane semnificative, reprezintă, pentru anumiţi supravieţuitori, un punct de sprijin care-i ajută să trăiască, în ciuda tuturor suferinţelor trăite. Acesta este cazul unui tânăr de 21 de ani care i-a mărturisit unuia dintre studenţii participanţi la cercetare (E. Nsabimana) că forţa sa de a lupta şi de a-şi depăşi suferinţa se datorează dorinţei de a nu-şi dezamăgi tatăl. Într-adevăr, înainte de a muri, acesta îi spusese: „Trebuie să fii bărbat, fiule!" În aceste condiţii, copilul supravieţuitor s-a simţit investit cu o misiune care i-a permis să reziste la adversitate şi să se reconstruiască după evenimentele trăite. Cei care au rămas în viaţă consideră deci că au o misiune importantă: să reuşească în viaţă, să aibă grijă de copiii supravieţuitori, să obţină diplome de studii la un nivel cât mai ridicat cu putinţă, să nu-i dezamăgească niciodată pe cei morţi etc. Această misiune ar fi aceea care le-ar da forţa necesară pentru a depăşi suferinţa şi a nu mai prezenta tulburări de pe urma genocidului.

Reziliența anumitor persoane se explică prin intervenţia *valorilor culturii rwandeze* în calitate de factori de protecţie. Într-adevăr, mediul cultural se presupune că trebuie să pregătească rwandezii să reacţioneze cu calm în faţa situaţiilor dificile. Cultura rwandeză este o cultură de interiorizare, o cultură a tăcerii. Rwandezii sunt persoane cărora nu le place să se dezvăluie, nu le

place să-şi arate suferinţele, care trebuie să-şi mascheze sentimentele. Persoanele care aparţin acestei culturi trebuie să dea dovadă de reţinere, curaj, îndrăzneală, trebuie să lupte până la capăt. Nu trebuie să-şi mărturisească furia sau suferinţa, nu trebuie să se încreadă în oricine. Rwandezii spun adesea, în situaţii cu caracter traumatizant: „Fii curajos, ţine-te tare pentru a nu fi luat drept laş". Expresii precum *Amarira y'umugabo atemba ajya munda* („Un bărbat îşi ascunde lacrimile când plânge") sau „Lacrimile unui bărbat curg spre interior", *Impfura ishenjagira ishira* („Individul irepoşabil suferă, dar nu se plânge"), *Nta muzindutsi wa kare watashye ku mutima w'undi* („Inima este departe, numai omul ştie ce-i în sufletul lui"), *Nsekambabaye* („Zâmbesc, chiar dacă sunt trist"), *Hishamunda* („Ceea ce nu poţi împărtăşi, ţine ascuns adânc în burtă") sau *Agahinda k'inkoko kamenywa n'inkike yatoyemo* („Nu cunoşti suferinţa celuilalt decât atunci când îi eşti aproape") redau temeliile acestei culturi. Dacă spune despre sine că nu prezintă tulburări, că nu arată, că nu-şi exprimă suferinţa nu înseamnă, deci, că persoana nu suportă efectele traumei.

Maniragaba (1987) vorbeşte despre patru concepte care reprezintă valorile culturale de bază ale rwandezilor, veritabile borne de referinţă ale unei vieţi cu sens: *Kubaho* (a exista, a trăi), *Kubana* (a şti să trăieşti cu şi printre ceilalţi), *Gutunga* (a avea, a prospera), *Gutunganirwa* (a trăi fericit, în pace, în prosperitate). În ciuda pagubelor provocate de genocid — şi, în special, a faptului că viaţa supravieţuitorilor nu mai are acelaşi sens ca înainte — aceste valori culturale trebuie să fie luate în considerare pe parcursul intervenţiilor terapeutice (Nsabiyeze, 2009).

Al şaselea factor de protecţie citat pe parcursul acestui interviu este *politica naţională orientată către unitate şi reconciliere*, care a pus accentul pe:

— Justiţia *gacaca*[1], implementată în 2001. Instanţele judecătoreşti naţionale şi internaţionale au reuşit să descurajeze obiceiul de a-i lăsa nepedepsiţi

[1] Genocidul din Rwanda a ridicat problema judecării a peste 120 000 de persoane considerate vinovate de a fi participat, sub o formă sau alta, la evenimentele din 1994. Imposibilitatea fizică de a aduce în faţa tribunalelor toate aceste persoane a determinat autorităţile rwandeze să se orienteze spre utilizarea unei forme tradiţionale de justiţie, cunoscută sub numele de *gacaca* (pronunţată „gachacha), cuvânt care înseamnă „gazon" şi, prin extensie, reuniunea vecinilor aşezaţi pe iarbă, în timp ce judecă litigiile dintre vecini. Obiectivul său principal era căutarea adevărului şi apoi reconcilierea părţilor. Sisteme tradiţionale apropiate sunt întâlnite în alte ţări africane: *bushingantahe*, în Burundi, şi *inkundla*, în Africa de Sud. Procesele *gacaca* riscă totuşi să reînsufleţească rănile psihice provocate de evenimentele trăite şi să fie însoţite de o recrudescenţă a manifestărilor tulburării de stres posttraumatic, aşa cum se întâmplă adesea în perioada de comemorare a genocidului. Conştiente de aceste implicaţii, autorităţile rwandeze au elaborat un plan strategic de intervenţii psihosociale, care defineşte acţiunile de întreprins în vederea prevenirii sau minimizării problemelor de sănătate mentală care pot apărea.

pe cei vinovați de genocid. Tribunalele *gacaca* au avut drept obiectiv nu numai înfăptuirea dreptății, ci și reconstruirea rețelei sociale.

- Comemorarea, în fiecare an, a genocidului din 1994. Într-adevăr, din 7 până în 14 aprilie s-au organizat activități de comemorare la care participă nu numai serviciile statului, ci și întreaga societate rwandeză. Aceste activități continuă pe parcursul a trei luni la nivelul comunităților locale și în familii.
- Practica înhumării în demnitate a persoanelor ucise pe parcursul genocidului. Comemorările din luna aprilie permit realizarea unor ritualuri[1] care nu au putut fi efectuate în cazurile „morții urâte"[2] pe care au cunoscut-o numeroase victime ale genocidului. Aceste ceremonii sunt mișcătoare: „Lacrimile mult timp blocate, sentimentele de furie rapid refulate, regretele niciodată exprimate, devotamentul secret, totul poate fi exprimat, în sfârșit" (Baque, 2002, p. 112).
- Crearea unor structuri care favorizează gruparea și deschiderea reciprocă a persoanelor. Taberele de solidaritate (*Ingando*) au mobilizat patriotismul rwandezilor (și mai ales al tinerilor studenți, al repatriaților). În prezent, această mobilizare vizează practic întreaga societate rwandeză, prin intermediul școlii culturale (*Itorero*). Obiectivul principal al acestor structuri este acela de a permite înțelegerea faptului că legătura dintre rwandezi (care împart aceeași țară, aceeași limbă și aceleași valori culturale) este mai importantă decât diferențele. Astfel, taberele de solidaritate contribuie la atingerea obiectivelor Comitetelor Naționale ale Unității și Reconcilierii. În același timp, încurajează munca și activitățile de dezvoltare pentru reconstrucția țării.

---

1 Pentru a înțelege dificultatea supraviețuitorilor de a se separa de morții lor, trebuie înțeleasă complexitatea procesului normal de doliu în cultura rwandeză. Acest doliu debutează cu perioada *kwirabura* (înnegrire), care se referă la culoarea neagră ce simbolizează durerea, tristețea și nenorocirea. Pe parcursul perioadei de doliu, sunt instaurate o serie de interdicții pentru familie (nucleară și lărgită): nu se consumă carne, sare, ulei, nu se bea lapte, sunt interzise raporturile sexuale, cultivarea pământului sau oricare altă activitate lucrativă; nu se pot încheia căsnicii sau organiza distracții. Când se întorc de la înmormântare, participanții își spală mâinile, iar toți cei care și-au oferit ajutorul sunt serviți cu câte o bere. Se țin discursuri, apoi șeful familiei anunță data încetării doliului. Acesta durează șapte zile pentru un adult și patru zile pentru un copil. După deces și după înmormântare, familia, vecinii și prietenii vin în vizită în casa defunctului. Unii dintre ei vor petrece chiar câteva nopți acolo. Încetarea doliului este desemnată prin termenul *kweera* („albire", întrucât este vorba de un ritual de purificare). Totodată, sunt abolite interdicțiile.

2 O „moarte urâtă" poate semnifica: a muri departe de ai tăi, a muri fără moștenitori, fără a beneficia de onorurile datorate morților, a muri după ce ai fost torturat și ai pierdut părți din corp (Uwanyirigira, 2002).

Un caz de rezilienţă naturală

Originară din sudul Rwandei, K. este mezina unei familii cu patru copii, două fete şi doi băieţi. Mama ei este infirmieră, iar tatăl, învăţător. Până în aprilie 1994, K. are o copilărie fericită şi îşi aminteşte de acea perioadă cu o anumită nostalgie.

În aprilie 1994, la începutul genocidului, întreaga familie a lui K. a fugit în pripă de ucigaşi, membrii ei împrăştiindu-se care încotro. K. este ascunsă de nişte vecini. Îşi petrece timpul în podul casei acestora, tot acolo fiindu-i servite şi mesele de către gazdele sale. În fiecare seară, ascultă povestiri macabre legate de uciderile şi de torturile la care era supusă populaţia tutsie din sat. Unele victime sunt vecini, altele, prieteni ai părinţilor săi. Povesteşte că timp de trei luni a fost convinsă că putea veni şi rândul ei în orice moment. K. trăia o angoasă de moarte, „pe care cuvintele nu ar fi ştiut s-o exprime", pentru a-i relua spusele. Într-adevăr, nu numai viaţa ei era în pericol. Se temea, de asemenea, foarte mult pentru familia ei.

Trei luni mai târziu, când genocidul a încetat, ea şi-a regăsit mama, sora şi pe unul din fraţi, fratele mai mare fiind ucis. Fratele care scăpase asistase la asasinatul tatălui lor, care fusese agăţat cu picioarele de un camion şi târât cu capul pe pământ. Mama sa şi toţi membrii familiei care scăpaseră sufereau îngrozitor. K. avea impresia că toată lumea din casă va înnebuni. De altfel, chiar aşa s-a întâmplat cu fratele lui K., care a trebuit să fie luat permanent în evidenţă de un serviciu de sănătate mentală.

K. a suferit mult în timpul genocidului şi după aceea. „Dar cum să suferi şi să trăieşti?" Această întrebare a torturat spiritul lui K., până când alternativa „a trăi" a început să atârne mai greu. După ce trecuse la un pas de moarte, principala sa preocupare era să găsească răspunsuri la următoarele întrebări: „Cum mi-aş putea trăi pe deplin viaţa?"; „Cum i-aş putea ajuta pe ai mei să continue să trăiască?"

K. s-a implicat în activităţile Asociaţiei studenţilor şi elevilor salvaţi de la genocid (AERG) şi, graţie hotărârii sale şi susţinerii Fondului naţional de asistenţă a persoanelor salvate, ea şi-a reluat studiile în primul an şcolar ulterior genocidului. A absolvit şcoala secundară, a urmat studii superioare şi a obţinut, în anul 2000, diploma de tehnician de laborator medical. Angajată în cauza supravieţuitorilor genocidului şi a altor grupuri vulnerabile, K. urmează o formare de asistent social, după care se implică în activităţi de consiliere în domeniul traumei şi acompaniere a femeilor infestate cu HIV. În 2005, îl cunoaşte pe bărbatul vieţii sale şi se mărită. În 2006, dă naştere unei

fete. Își ajută financiar mama pensionară, fratele bolnav psihic și sora care nu și-a terminat studiile și își crește singură cei doi copii.

Amintirea tatălui său reprezintă o resursă importantă pentru K., ea afirmând foarte direct: „Tatăl meu mă iubea mult... era inteligent și integru. Eu îi semăn și trebuie să păstrez moștenirea pe care mi-a lăsat-o, adoptând un comportament demn". Amintirea acestui tată iubitor și inteligent, resursele psihologice pe care le deține, altruismul ei, resursele mediului său familial și profesional au devenit veritabili factori de protecție care-i permit lui K. să trăiască în ciuda tuturor celor suferite pe parcursul genocidului. Ea spune că vrea să-și trăiască viața din plin și are sentimentul că a reușit..

Reconstruirea legăturilor distruse: metodele implementate

Genocidul se află la originea distrugerii raporturilor sociale, a dezafilierii. Constatarea distrugerii rețelei sociale[1] a dus la crearea unei serii de metode orientate spre reconstruirea legăturilor distruse. Este vorba de crearea spațiilor pentru schimburi, a taberei concepute de asociația *Uyisenga*, a teatrului Forum, a grupurilor de susținere și/sau întrajutorare, a reluării metodelor tradiționale precum veghea (*Ibitaramo*) și arborele cuvintelor.

Spațiile destinate schimburilor sunt formate din *grupuri de întâlnire* care permit împărtășirea emoțiilor prin intermediul discuției, cântecului, dansului, poeziei. Grupul, în calitate de conținător, retrasează contururile unei noi apartenențe și facilitează reafilierea. Să luăm exemplul Asociației văduvelor genocidului din aprilie (AVEGA-Agahozo) din regiunea de Est a Rwandei, care a luat inițiativa de a aduna, în fiecare an, pentru trei sau cinci zile, adolescenții salvați de la genocid. Pe parcursul acestor întâlniri, tinerii vorbesc despre angoasele, suferințele, furiile lor. Totodată, își acordă momente de plăcere prin intermediul dansului, cântecului, poeziilor sau scenetelor.

Pentru a scoate copiii orfani rămași cap de familie din izolarea socială în care se află, Asociația *Uyisenga n'Manzi*[2] invită anual 400–500 de tineri să se întâlnească, să vorbească și să se amuze timp de o lună. Datorită acestor grupuri de întâlnire, orfanii dezafiliați sunt readuși în circuitul comunitar.

---

[1] Rețeaua socială reprezintă ansamblul relațiilor de interdependență și de dependență care leagă indivizii în interiorul diferitelor grupuri din care fac parte în sânul unei națiuni (Gashema, 2000).

Denumirea Asociației Uyisenga n'Manzi provine de la numele tinerilor Uyisenga și Manzi (dar semnifică, de asemenea, „Cel care se roagă lui Dumnezeu este capabil de orice și rămâne curajos").

Teatrul Forum reprezintă o metodă tot mai utilizată în închisoarea pentru minori de la Gitarama. Rezultatele sunt foarte încurajatoare: prin intermediul diferitelor teme imaginate și propuse de copii, aceștia au posibilitatea de a-și retrasa viața, de a vorbi despre prezent și de a se proteja în viitor. Pe parcursul ședințelor, tinerii își pot exprima emoțiile, sentimentele, furia. Pot denunța nedreptățile pe care le trăiesc, își pot dezvolta creativitatea și stima de sine. Pe scenă se autodepășesc, întrucât își prezintă spectacolul în fața unui public care-i apreciază, care râde, care-i aplaudă.

Din cauza distrugerii rețelei sociale provocate de genocid, metodele care fac apel la grup sunt mai eficiente în reconstruirea legăturilor și reperelor. În acest scop, au fost instaurate două metode: *ubuhede* („a lucra împreună") și *amatorero* („școală culturală"). În cazul *ubuhede*, este vorba de un grup format în vederea realizării unei acțiuni solidare cum ar fi, de exemplu, cultivarea rapidă a unui câmp. După activitate, beneficiarul le servește participanților bere de banane sau de sorg, preparată de el, grupul devenind astfel un loc de convivialitate și de reciprocitate. Membrii grupului de întrajutorare își vorbesc și întâlnirea devine un spațiu în care circulă cuvântul. Întâlnirea oferă, de asemenea, șansa de a se apleca asupra conflictelor care există în familia lărgită sau în comunitate și de a țese legături între membrii acestei comunități.

În trecut, rwandezii învățau, de la cea mai fragedă vârstă, să fie abili, curajoși și îndrăzneți când înfruntau problemele vieții, învățau stăpânirea de sine, stoicismul, simțul umorului și cum să gestioneze relațiile sociale. Aceste cunoștințe erau transmise în *amatorero*, veritabile școli ale vieții. Această educație producea oameni de calitate, curajoși, capabili să înfrunte dificultățile vieții, capabili să amortizeze șocurile, oricare ar fi fost intensitatea lor. În formula nouă, *amatorero* se inspiră din această veche practică, scopul fiind acela de a reține legăturile între rwandezi. În fiecare celulă administrativă, reprezentanții diferitelor generații se reunesc pentru a discuta despre viața comunitară și pentru a încerca să minimalizeze efectele genocidului.

După cum am arătat mai devreme, rwandezii tind să evite exprimarea suferinței. Înainte de genocid, societatea rwandeză dispunea, totuși, de cadre precum *serile de veghe*, în care cuvântul nu era în niciun fel constrâns și *povești* care permiteau desprinderea în grup de realitate. După genocid, aceste cadre au fost pierdute. Având în vedere utilitatea serilor de veghe, această practică tradițională a fost reintrodusă sub forma metodelor care aduc împreună adulți și copii, adulții povestind întâmplări care-i poartă înapoi în timp în vremea străbunilor și care, totodată, îi ajută să vadă cu alți ochi evenimentele care au întunecat istoria Rwandei. Metoda „arborele cuvintelor" este un

mijloc de autoreconstrucție socială care constă în reuniuni pe peluză sau gazon[1], reuniuni organizate pentru dezbaterea unor subiecte care amenință echilibrul familiei lărgite sau al comunității.

Diferitele metode prezentate în această secțiune a capitolului arată importanța abordării de grup, comunitare, pentru reconstruirea legăturilor sociale distruse de genocid.

Eficiența unei metode unice

Starr Wood (2007) prezintă o situație în care o metodă, la prima vedere inadecvată din punct de vedere cultural, dă rezultate. Wood (care este american) și doi dintre colegii săi o însoțesc în Rwanda pe Jacqueline, refugiată tutsi care se întoarce în țara sa în 2004. Cu această ocazie, Wood remarcă o mătușă a Jacquelinei, Espérance. Aceasta se distinge prin ochii ei triști care privesc cu atenție, dar fugitiv, pe acești străini veniți din Statele Unite. Apoi, privirea lui Espérance se îndreaptă spre un spațiu gol pe care are obiceiul de a-l privi în tăcere.

Espérance a trăit atrocitățile genocidului și, pentru a-și salva viața, s-a ascuns într-o mlaștină. Familia sa o descrie ca pe o femeie modestă, care vorbește puțin și muncește mult pentru alții. Când Starr o întreabă pe Jacqueline ce vârstă are Espérance, ea îi răspunde că ar trebui să aibă în jur de 60 de ani și îi spune că în Rwanda data nașterii nu era înregistrată la starea civilă. Wood înțelege, atunci, că Espérance nu și-a serbat niciodată ziua de naștere[2]. Îi vine ideea să stabilească o dată aniversară (care este fixată pentru săptămâna următoare) și să organizeze o petrecere cu această ocazie.

În seara cu pricina, se reunesc în jur de treizeci de persoane. Așezați în cerc, ei o privesc pe Espérance, tortul și cadourile care i-au fost aduse. Timidă, Espérance își lasă capul în piept pentru a-și ascunde jena și îl ridică pentru a-i privi rapid pe membrii familiei ei. Aceștia, din contră, sunt foarte impresionați de situație, râd, strigă, o aclamă pe Espérance.

Între accese de râs și lacrimi, Jacqueline îi explică mătușii sale că trebuie să-și pună o dorință, apoi să sufle în lumânările așezate pe tort. Dacă reușește să le stingă dintr-un suflu, atunci dorința i se va împlini. „Nu trebuie să-ți dorești un milion de dolari sau o mașină! Trebuie să-ți dorești ceva ce Dumnezeu îți poate da, altfel dorința nu ți se va realiza!", adăugă ea, poznaș.

---

1 Se impune o legătură evidentă cu tribunalele *gacaca*.

2 Aceasta-i amintește lui Wood că bunica sa cea tristă din Apalași a avut primul tort la 80 de ani.

Espérance şi-a dorit ca, într-o zi, toţi cei care au fost ucişi şi cei prezenţi la această sărbătoare — inclusiv oaspeţii din America — să fie din nou împreună şi... fericiţi. Toţi participanţii la „aniversarea sa" au izbucnit în lacrimi. După aceea, Espérance a suflat în lumânări şi le-a stins dintr-o singură suflare. Toţi invitaţii au aplaudat.

După primirea cadourilor şi după ce toată lumea s-a delectat cu tortul şi sucurile, Espérance a dorit să mai adauge ceva. Ea a spus (cuvinte care, ca şi celelalte de până atunci, au fost traduse în engleză), că după genocid nu mai avusese niciun moment de bucurie. Era prima dată când Espérance pronunţa cuvântul „genocid", cuvânt la care nici măcar nu făcuse aluzie. „Astăzi, adăugă ea, mă simt fericită şi am decis să mă simt aşa în fiecare dintre zilele care mi-au mai rămas de trăit." Ea a anunţat şi alte decizii proaspete: va merge din nou la biserică şi va reintra în corul bisericii, îşi va cumpăra haine noi pentru aceasta, va păstra o parte din banii pe care Jacqueline i-i trimitea lunar din Statele Unite (bani pe care până atunci îi împărţea altora).

Începând cu acel moment, Espérance s-a schimbat, iar schimbarea ei a fost permanentă. Wood a aflat acest lucru anul următor, la o nouă vizită în Rwanda. Ceea ce l-a uimit iniţial pe Wood a fost că schimbarea s-a produs într-un context în care regulile competenţei culturale în asistenţa socială fuseseră încălcate. Într-adevăr, Wood şi colegii săi nu vorbeau limba lui Espérance (au avut nevoie de interpreţi la toate întâlnirile lor), nu cunosc obiceiurile locale şi nu au cerut nici sfaturi, nici permisiunea de a acţiona aşa cum au făcut-o.

Atunci, cum se poate explica schimbarea produsă la Espérance? Cum s-a putut schimba această femeie timidă, tristă, care vorbea foarte puţin, după punerea în scenă a „aniversării" sale? Wood pune această schimbare în seama a patru factori. Primul este înaltul nivel de rezilienţă personală de care dădea dovadă Espérance. Provenea dintr-o familie în care relaţiile erau afectuoase, unde exista stabilitate şi în care reuniunile erau importante. Al doilea factor este momentul ales. Vizita lui Wood şi a colegilor săi coincidea cu un moment aniversar, cea de-a zecea comemorare a genocidului din 1994. Acest moment putea corespunde, pentru anumiţi supravieţuitori, cu sfârşitul procesului de doliu. Putea fi un moment de finalizare a unei lungi perioade în care efectele genocidului se făceau încă simţite. Al treilea factor ar fi locul, sentimentul de conexiune cu ceilalţi, care atenuează izolarea şi constituie o veritabilă cheie de rezilienţă, de reinstalare a speranţei. Această conectare la ceilalţi facilitează creativitatea, esenţială pentru punerea în acţiune a procesului de transformare şi de reînnoire. Schimbul creativ între Espérance, familia sa, cultura sa

și oaspeții săi și cultura lor ar reprezenta, după Wood, al patrulea factor explicativ al schimbării.

Un an mai târziu, când Wood a avut posibilitatea să discute despre cele întâmplate cu un consilier rwandez specilizat în traumă, au căzut de acord că, în ciuda diferențelor culturale, factori precum căldura autentică, atenția pozitivă și respectul profund transcend limbajul și cultura și vindecă. Wood notează, de asemenea, că diferite obiceiuri rwandeze pot reprezenta înlocuitori eficienți ai „petrecerii aniversare", mai ales în restabilirea legăturilor cu ceilalți:

Câteva propuneri pentru vindecarea unei societăți și transformarea ei în una rezilientă

Pe parcursul unei analize a problemelor generate de conflictul care a avut loc în anii 1990 în Bosnia-Herzegovina, Kristen Juhl (2009) pune problema creării, după conflictele interetnice, a unor societăți reziliente în fața diverselor pericole și amenințări. Alți autori, precum Giddo (2009) — care analizează situația de la Darfour — evocă vindecarea unei societăți care a trăit tragedii provocate de oameni.

Cum trebuie procedat, ce căi sunt de urmat pentru a atinge obiective atât de ambițioase ca acelea propuse de Juhl și Giddo? Psihologii specializați în probleme asociate păcii recomandă ca, după tragediile sociale provocate de oameni, să fie puse în aplicare o serie de măsuri precum menținerea păcii, rezolvarea conflictelor, reconcilierea, educația în favoarea păcii, mișcări nonviolente de justiție socială, reducerea traumei și reconstrucția socială (Rutayisire, 2009). Aceasta necesită, așa cum subliniază Christie (2006), o abordare sistemică îndreptată spre încurajarea relațiilor umane la toate nivelurile societății, mergând de la relații interpersonale la relații intergrupuri.

Unul dintre elementele majore ale procesului de abordare la nivelul societății este *reconcilierea*, definită ca o acceptare reciprocă manifestată în relațiile dintre grupurile anterior ostile (Staub, Pearlman, Gubin și Hagengimana, 2005). Pentru Worthington (2001), reconcilierea este restaurarea încrederii într-o relație în care încrederea a fost afectată, adesea destul de grav. După o perioadă de violențe intergrupuri intense, reconcilierea intervine treptat, progresiv.

O viziune asupra reconcilierii care decurge din definițiile prezentate implică nu numai atitudini pozitive, ci și transpunerea lor în acțiuni pozitive, evident atunci când circumstanțele o permit și o solicită (Staub și Pearlman, 2001).

Este imposibil să se vorbească despre reconciliere fără a se face referire la conceptul de *iertare*. Într-adevăr, definiția iertării cuprinde de obicei — ca și aceea a reconcilierii — dezvoltarea unei atitudini pozitive față de ceilalți (McCullough, Fincham și Tsang, 2003). Dar așa cum remarcă Giddo (2009), iertarea poate fi concepută ca un răspuns emoțional, în timp ce reconcilierea este un răspuns comportamental. A ierta implică renunțarea la furie și la dorința de răzbunare. În contextul social care ne reține în mod deosebit atenția aici, este important de precizat că procesul de iertare implică trei stadii: individual, comunitar/al grupului etnic, la nivelul societății (Worthington, 2005; Volkan, 2001).

Dacă a ierta nu este ușor, a fi fără milă este dăunător (Worthington, 2006). Iertarea apare ca eliberarea dintr-o închisoare emoțională (Enright, 2001); ne eliberează de un trecut care ne bântuie și, atâta timp cât spiritul nostru este prizonier al amintirilor celor petrecute, nu este liber pentru a dori reconcilierea (Smedes, 1984). Bazându-se pe publicațiile existente, Giddo (2009) arată că persoanele care iartă sunt mai fericite și au o sănătate mai bună decât cele care nu iartă sau nu pot ierta. Persoanele care iartă își controlează mai ușor furia, acordă mai multă atenție celorlalți, prezintă evoluții mai favorabile atunci când au probleme psihologice.

Reconcilierea nu este posibilă fără confesiune (mărturisire) și căire din partea autorilor crimelor (Ionescu, 2004; Rutayisire, 2009). Supraviețuitorii genocidului încep să se simtă eliberați atunci când călăii își mărturisesc actele, căindu-se și fiind gata să ceară iertare. În același timp, trebuie menționat că, în cazul în care confesiunea este dificilă, cei care o realizează simt o eliberare în plan psihologic.

Conform Pearlman și Staub (2001)[1], pentru a exista vindecare și apoi reconciliere, este necesar să se ofere ajutor psihosocial. Acest ajutor este furnizat de consilierii pentru situații traumatice aparținând populației autohtone și formați de experți în domeniul traumei. Consilierii intervin pe lângă liderii comunitari formali sau potențiali (care servesc, la rândul lor, drept sprijin al populației generale) și se ocupă de persoanele care prezintă tulburări. *Susținerea* comportă diferite forme. Un ONG deschis în Africa a organizat un „Atelier de vindecare a amintirilor". Susținerea poate fi psihologică, medicală, religioasă.

Cum după o traumă colectivă este necesară o acțiune la nivel comunitar/al societății, aceasta implică existența unui număr important de intervenienți.

---

[1] L.A. Pearlman și E. Staub (2001), *The* gacaca *process as an avenue toward healing and reconciliation. Brief description* (http://www.heal-reconcile-rwanda.org/gacaca.htm, publicat în data de 15 iulie 2010).

Staub *et al.* (2005) au elaborat un program de formare a intervenienților. Conceput pentru a promova vindecarea și reconcilierea, programul s-a derulat sub forma unui seminar care a durat nouă zile și la care au participat 32 de persoane.

Au fost tratate trei teme cu ajutorul prezentărilor interactive cu o durată de 45 până la 75 de minute, discuții în grup mare și discuții în grupuri mici despre aspectele abordate pe parcursul prezentărilor, raportate la trăirile individuale ale participanților la seminar în timpul genocidului și după. Aceste teme se refereau la înțelegerea: (a) genocidului; (b) efectelor traumei și drumurilor care conduc spre vindecare; (c) nevoilor psihologice de bază. Seminariile au abordat alte două teme. Prima, împărtășirea trăirilor dureroase într-un context empatic, a fost tratată utilizând mărturiile scrise și desenele realizate de participanți, care au fost rugați să se gândească la cele trăite în timpul genocidului. Prin urmare, în grupuri mici, fiecare participant își împărtășea trăirea celorlalți și răspundea cu empatie la povestirile lor.

A doua temă a fost traumatizarea vicariantă, concept care face referință la efectul negativ pe care îl are asupra celui care își oferă ajutorul faptul de a lucra cu supraviețuitori. În acest caz, scopul era acela de a le oferi participanților un cadru pentru înțelegerea propriei experiențe în calitate de personală care oferă ajutor și de a încuraja susținerea reciprocă și dezvoltarea capacității lor de a-și purta de grijă.

Eficiența programului a fost evaluată pe o populație de 194 de rwandezi care locuiau în mediul rural. Aceste persoane au fost repartizate astfel încât să se integreze într-una din următoarele situații:

- situația „experimentală", în care grupurile constituite au avut drept formatori persoane care au participat la programul inițial de formare de formatori;
- situația „control–abordare tradițională", în care formatorii nu participaseră la seminarul inițial, nu primiseră nicio altă formare din partea echipei lui Staub și au utilizat o abordare obișnuită;
- situația „control fără formare", în care participanții nu au fost decât evaluați.

Participanții distribuiți în situațiile „experimentală" și de control „abordare tradițională" au întâlnit de două ori pe săptămână un formator, pe parcursul a două ore, timp de trei săptămâni. Toți participanții au fost evaluați cu mai

multe instrumente administrate înainte și după derularea formării și la două luni după finalizarea ei.

Comparând datele culese înainte de debutul programului de formare cu cele culese două luni mai târziu, s-a observat că participanții distribuiți în situația „experimentală" prezentau o reducere a simptomelor, în timp ce participanții la cele două situații de control raportau o amplificare a simptomelor. Totodată, participanții din situația „experimentală" par mai dispuși decât aceia din cele două situații control să se reconcilieze cu participanții aparținând unui alt grup etnic. Pe baza acestor rezultate, Staub *et al.* consideră că programul de formare pe care l-au conceput și evaluat ar putea fi util și în alte contexte în care cetățenii se confruntă cu consecințele conflictelor, uciderilor în masă sau genocidelor.

Bibliografie

Baque S. (2002), *Réhabiliter le monde. Les fonctions soignantes des dispositifs culturels dans les situations de violences majeures*, Raport de cercetare-acțiune.

Barel E., Van Ijzendoorn M.H., Sagi-Schwartz A. și Bakermans-Kranenburg M.J. (2010), Surviving the Holocaust: A meta-analysis of the long-term sequelae of the genocide, *Psychological Bulletin*, vol. 136, nr. 5, p. 677–698.

Başoğlu M., Livanou M., Crnobarić C., Frančišković T., Suljić E., Durić D. și Vranešić M. (2005), Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 294, nr. 5, p. 580–590.

Bolton P., Neugebauer R. și Ndogoni L. (2012), Prevalence of depression in rural Rwanda based on symptom and functional criteria, *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 190, nr. 9, p. 631–637.

Bruneteau B. (2004), *Le siècle des genocides*, Paris, Armand Colin.

Cheung P. (1994), Posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zeeland, *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 40, nr. 1, p. 17–26.

Clarke G., Sack W.H. și Goff B. (1993), Three forms of stress in Cambodian adolescent refugees, *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 21, nr. 1, p. 65–77.

Christie D.J. (2006), What is peace psychology of? *Journal of Social Issues*, vol. 62, p. 1–17.

De Jong J.T.V.M., Komproe I.H. și Van Ommeren M. (2003), Common mental disorders in postconflict settings, *The Lancet*, vol. 361, p. 2182–2130.

De Jong J.T.V.M., Komproe I.H., Van Ommeren M., El Masri M., Araya M., Khaled N., Van de Put W. și Somasundaram D. (2001), Lifetime events ans posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings, JAMA: *The Journal of the American Medical Association*, vol. 286, nr. 5, p. 555–562.

De Jong J.T.V.M., Scholte W.F., Koeter M.W.J. şi Hart A.A.M. (2000), The prevalence of mental health problems in Rwandan and Burundese refugee camps, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 102, nr. 3, p. 171–177.

Dyregrov A., Gupta L., Gjestad R. şi Mukanoheli E. (2000), Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 13, nr. 1, p. 3–21.

Enright R. (2001), *Forgiveness is a choice*, Washington, American Psychological Association.

Field N.P. şi Chhim S. (2008), Desire for revenge and attitudes toward the Khmer Rouge tribunal among Cambodians, *Journal of Loss and Trauma*, vol. 13, nr. 4, p. 352–372.

Gashema J.C. (2000), *Le rôle de la famille dans la reconstitution du tissu social rwandais de l'après-guerre et génocide de 1994. Cas des communes Mukingi et Nyamabuye (1994–1999)*, Butare, Universitatea Naţională din Rwanda.

Giddo (2009), Darfour: efforts to forgive and reconcile in an unresolved conflict, în A. Kalayjian şi R.F. Paloutzian (coord.), *Forgiveness and reconciliation. Psychological pathways to conflict transformation and peace building*, New York, Springer Science, p. 189–206.

Gibson J. (2004), *Overcoming aparheid: Can truth reconcile a divided nation?*, New York, Russell Sage Foundation.

Goldberg D.P. şi Williams P.A. (1988), *A user's güide to the General Health Questionnaire*, Windsor, NFER-Nelson.

Hagengimana A., Hinton D., Bird B., Pollack M. şi Pitman R.K. (2003), Somatic panic-attack equivalents in a community sample of Rwandan widows who survived the 1994 genocide, *Psychiatry Research*, vol. 117, p. 1–9.

Ionescu S. (2004), Mal collectif et psychothérapie societale, *Revue de psychologie de la motivation*, vol. 38, p. 102–109.

Jones A. (2006), *Genocide. A comprehensive introduction*, New York, Routledge.

Juhl K. (2009), The problem of ethnic politics and trust: the Missing Persons Institute of Bosnia-Herzegovina, *Genocide Studies and Prevention*, vol. 4, nr. 2, p. 239–270.

Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M. şi Nelson C.B. (1995), Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, vol. 52, nr. 12, p. 1048–1060.

Kuper L. (1981), *Genocide: Its political use in the twentieth century*, Harmondworth, Penguin.

Lopes Cardozo B., Kaiser R., Gotway C.A. şi Agani F. (2003), Mental health, social functioning and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 16, nr. 4, p. 351–360.

Maniragaba B. (1987), *Umoco nyawanda n'ingingo zawo (1) Umuco mwiza mu Bantu ni ishingiro ry'amajyambere nyayo*, Ruhengeri, Ed. UNR.

Marshall G.N., Schell T.L., Elliot M.N., Berthold S.M. şi Chun C.-A. (2005), Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 294, nr. 5, p. 571–579.

McCullough M.E., Fincham F.D. şi Tsang J. (2003), Forgiveness, forbearance and time: The temporal unfolding of transgression — related interpersonal motivations, *Journal of Personality and Social Psychology* , vol. 84, p. 540–557.

Mollica R.F., Donelan K., Tor S., Lavelle J., Elias C., Frankel M. şi Blendon R.J. (1993), The effect of trauma and confinement of functional health and mental health status of Cambodian living in Thailand — Cambodia border Camps, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 270, nr. 5, p. 581–586.

Munyandamutsa N. şi Nkubamugisha M. (în parteneriat cu biroul din Kigali al OMS) (2009), *Prévalence de l'état de stress post-traumatique dans la population rwandaise. Diversité de figures cliniques, abus de drogues et autre comorbidités.* (raport de cercetare nepublicat), Kigali, Ministerul Sănătăţii, Programul Naţional de Sănătate Mentală.

Nsabiyeze S. (2009), *Réflexion autour de Kubaho et Kubana, Gutunga et Gutunganirwa à travers l'action psychothérapeutique*, Disertaţie de masterat, Universitatea Naţională din Rwanda, Departamentul de psihologie clinică.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii (1997), *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, Version 2.1., Geneva, WHO.

Orth U., Montada L. şi Maercker A. (2006), Feelings of revenge, retaliation motive and posttraumatic stress reactions in crime victims, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 21, nr. 2, p. 229–243.

Ouimette P., Cronkite R., Prins A. şi Moos R.H. (2004), Posttraumatic stress disorder, anger and hostility and physical health status, *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 192, nr. 8, p. 563–566.

Pham P.N., Weinstein H.M. şi Longman T. (2004), Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: implications for attitudes towards justice and reconciliation, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 292, nr. 5, p. 602–612.

Ruggiero K.J., Del Ben K., Scotti J.R. şi Rabalais A.E. (2003), Psychometric properties of the PTSD Checklist — Civilian Version, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 16, p. 495–502.

Rutayisire A. (2009), Rwanda: repentance and forgiveness — pillars of genuine reconciliation, în A. Kalayjian şi R.F. Paloutzian (coord.), *Forgiveness and reconciliation. Psychological pathways to conflict transformation and peace building*, New York, Springer Science, p. 171–187.

Sack W.H., McSharry S. Clarke G.N., Kinney R., Seeley J. şi Lewinsohn P. (1994), The Khmer Adolescent Project: I. Epidemiological Findings in two generations of Cambodian refugees, *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 182, nr. 7, p. 387–395.

Sagi-Schwartz A., Van Ijzendoorn M.H. şi Bekermans-Kranenburg M.J. (2008), Does intergenerational transmission of trauma skip a generation? No meta-analytic

evidence for tertiary traumatization with third generation of Holocaust survivors, *Attachment and Human Development*,.vol. 10, p. 1–17.

Schaal S. şi Elbert T. (2006), Ten years after the genocide: trauma confrontation and posttraumatic stress in Rwandan adolescents, *Journal of Traumatic Stress*. vol. 19, nr. 1, p. 95–105.

Smedes L.B. (1984), *The relationship between forgiveness and reconciliation*, Oxford, Oxford University Press.

Sonis J., Gibson J.L., De Jong J.T.V.M., Field N.P., Hean S. şi Komproe I. (2009), Probable posttraumatic stress disorder and disability in Cambodia. Associations with perceived justice, desire for revenge and attitudes toward the Khmer Rouge trials, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 302, nr. 5, p. 527–536.

Staub E. (1989/2007), *The roots of evil. The origins of genocide and other group violence*, Cambridge, Cambridge University Press.

Staub E. şi Pearlman L.A. (2001), Healing, reconciliation and forgiving after genocide and other collective violence, în R.G. Helmick şi R.L. Petersen (coord.), *Forgiveness and reconciliation: Religion, public policy and conflict transformation*. Radnor, Templeton Foundation Press, p. 195–217.

Staub E., Pearlman L.A., Gubin A. şi Hagengimana A. (2005), Healing, reconciliation, forgiving and the prevention of violence after genocide or mass killing: an intervention and its experimental evaluation in Rwanda, *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 24, nr. 3, p. 297–334.

Uwanyirigira E. (2002), *La soufrance psychologique des Rwandais survivants du Genocide et des massacres. Pour une théorie locale du traumatisme*, Teză de doctorat nepublicată, Saint-Denis, Universitatea Paris 8.

Van Ijzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J. şi Sagi-Schwartz A. (2003), Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatisation, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 16, p. 459–469.

Volkan V.D. (2001), *Mind and human interaction*, Charlottesville, University of Virginia.

Waller J. (2007), *Becoming evil. How ordinary people commit genocide and mass killing*, a doua ediţie, Oxford, Oxford University Press.

Wood S.A. (2007), Making a wish in Rwanda. The restauration of hope, *Affilia: Journal of Women and Social Work*, vol. 22, nr. 2, p. 220–225.

Worthington E. L. (2001), *Five steps to forgiveness: The art and science of forgiving*, New York, Random House/Crown.

Worthington E.L. (coord.) (2005), *Handbook of forgiveness*, New York, Routledge.

Worthington E.L. (2006), *Forgiveness and reconciliation. Theory and application*, East Sussex, Taylor & Francis/Brunner-Routledge.

Wulsin L.R. şi Hagengimana A. (1997), PTSD in survivors of Rwanda's 1994 war, *Psychiatric Times*, vol. 15, nr. 4, p. 12–13.

Reziliența în situație de dictatură

Serban Ionescu și Ana Muntean

Cunoştinţele noastre despre efectele avute de dictaturi în plan psihologic provin din mărturiile culese după încetarea dictaturilor, ca şi din anchetele realizate în perioada postdictatură. Într-adevăr, cercetările sunt imposibil de efectuat în perioada în care regimurile dictatoriale sunt la putere. Cercetătorii care lucrează în domeniul ştiinţelor umane şi sociale nu numai că sunt împiedicaţi să studieze efectele dictaturii, dar munca lor este, în general, controlată, iar mişcarea meditaţiei transcendentale — care face obiectul primei secţiuni a acestui capitol — arată până unde poate merge opresiunea.

Capitolul de faţă este cu deosebire centrat pe regimul dictatorial comunist român, pe care cei doi coautori ai articolului l-au cunoscut bine. În România, ca peste tot în lume, instaurarea comunismului s-a bazat pe teroare ca instrument de putere politică (Deletant, 2001). Instaurat după cel de-al Doilea Război Mondial, după ocuparea ţării de către trupele sovietice (ocupaţie prezentată ca o „eliberare"), comunismul românesc s-a caracterizat printr-o perioadă de opresiune violentă, de abuzuri şi crime care au făcut un număr important de victime. Atrocitatea acestei perioade va fi ilustrată în a doua secţiune a capitolului, printr-o scurtă prezentare a „fenomenului Piteşti", care arată metodele barbare utilizate, cu precădere pentru crearea „omului nou, multilateral dezvoltat", obiectiv pe care şi l-au fixat toate regimurile comuniste, în spiritul politicii practicate de Stalin în Uniunea Sovietică.

Exercitarea terorii pentru menţinerea regimului a continuat până în 1989, anul căderii regimului Ceauşescu. Terorii iniţiale, aplicate într-o manieră brutală, i s-a substituit, cu timpul, o politică mai discretă de represiune, caracterizată prin existenţa unui climat de permanentă teamă (Bartosek, 1999; Deletant, 2001), având şi astăzi ecouri în comportamentul şi psihicul românilor. Din acest motiv, a treia secţiune a acestui capitol va fi dedicată contextului social

traumatogen al dictaturii comuniste şi factorilor care au un impact asupra funcţionării psihice a indivizilor.

Indivizii dezvoltă o serie de strategii pentru a face faţă adversităţilor trăite de-a lungul perioadelor de dictatură. Ele vor fi prezentate în a patra secţiune a capitolului, începând cu ce se petrece în închisori şi în gulag. În continuare, a cincea secţiune a capitolului va fi consacrată strategiilor dezvoltate de persoanele ce trăiesc „în libertate". Umorul colectiv, important factor de protecţie, şi contextul postdictatorial vor face obiectul ultimelor două secţiuni ale acestui capitol.

Mişcarea meditaţiei transcendentale[1]

Ocupându-se de suflet, psihologia — ca de altfel toate ştiinţele umane şi sociale — a fost întotdeauna o disciplină suspectă, chiar periculoasă, pe timp de dictatură. Aceasta a ieşit în evidenţă în ultima perioadă a dictaturii comuniste din România. La finele anilor 1970, departamentele universitare de psihologie (ca şi acelea de pedagogie şi sociologie) au fost închise. Astfel — prin intermediul unei înscenări politico-juridice cunoscute sub numele de mişcarea meditaţiei transcendentale — întreaga cercetare în domeniul psihologiei a fost interzisă, cercetătorii din aceste domenii pierzându-şi locul de muncă şi văzându-se obligaţi să accepte posturi fără nicio legătură cu competenţele lor. Drept urmare, în anii 1980 România devine singura ţară europeană în care nu se mai studiază psihologia şi în care orice formă de cercetare în acest domeniu devenise imposibilă. Chiar şi cuvântul psihologie fusese interzis.

Cum s-a ajuns la o astfel de situaţie? În 1979, Institutul de Cercetări Pedagogice şi Psihologice (ICPP) din Bucureşti primeşte misiunea de a include meditaţia transcendentală[2] în planul său de cercetare. Totul pleacă de la propunerea pe care o persoană de origine română stabilită în Elveţia (Nicolae Stoian), care s-a prezentat drept profesor universitar specializat în această metodă, a înaintat-o Consiliului Naţional de Cercetare şi Tehnologie (CNRT), organism condus de Elena Ceauşescu, soţia dictatorului. Doi cercetători ai ICPP, Vladimir Gheorghiu şi Ioan Ciofu, specializaţi în relaxare, sugestie şi psihofiziologie, au întocmit un raport despre cunoştinţele deţinute la acea

---

[1] În textul consacrat acesteia, Neculau (2004) beneficiază de mărturiile unei serii de psihologi implicaţi: V. Gheorghiu, G. Nicola, A. Liiceanu, M. Motescu şi G. Pogorilovschi.
Lucrarea lui Berghmans (2010) oferă toate informaţiile necesare pentru înţelegerea tehnicilor de meditaţie şi a aplicaţiilor lor practice.

vreme în domeniul meditaţiei transcendentale. Acest raport, adresat CNRT, atrăgea atenţia asupra diferenţei existente între, pe de o parte, aspectele ştiinţifice ale acestei metode şi, pe de altă parte, practicarea sa şi mai ales limbajul folosit pe parcursul utilizării sale. Gheorghiu şi Ciofu recomandau circumspecţie şi propuneau o testare a meditaţiei transcendentale pe un mic grup de cercetători. Tonul adoptat în acest raport dădea de înţeles că includerea meditaţiei transcendentale în planul de cercetări al ICPP ar fi trebuit abandonată.

Cu toate acestea, în 1981, Ministerul Educaţiei şi Învăţământului decide ca ICPP să examineze meditaţia transcendentală. În ciuda reticenţelor anumitor funcţionari superiori din acest minister, printr-un ordin venit „de sus" această experienţă devine inevitabilă. Ea începe cu cercetători ai ICPP, cărora li se alătură cercetători din alte centre de cercetare. Experimentarea meditaţiei transcendentale începe cu o conferinţă a lui Stoian şi durează cinci zile. Într-un raport preliminar realizat la finele acestor cinci zile se manifestă rezerve faţă de ritualul utilizat de formator şi totul se opreşte acolo.

Câteva luni mai târziu, revista *Pentru patrie*, editată de Ministerul de Interne, publică o serie de articole în care este dezvăluit cum, la ICPP, sub pretextul unui experiment ştiinţific, s-a derulat o acţiune de „propagandă subversivă" în favoarea unui „guvern mondial al păcii şi înţelegerii universale", participanţii jurând să păstreze secretul celor întâmplate. În realitate, era vorba numai despre angajamentul scris de a nu divulga rezultatele înainte de finele experimentului.

Urmările acestor articole sunt dramatice. Ceauşescu însuşi decide ca toţi cei care s-au aflat „în contact" cu meditaţia transcendentală să fie pedepsiţi. Este lansat zvonul că „transcendentalii" făceau parte dintr-o sectă periculoasă, că se plimbau prin sediile ICPP înveşmântaţi în linţoliuri albe şi purtau torţe. Unii se deplasau în aceeaşi manieră noaptea, pe străzile Bucureştiului. *Mantra*[1] a fost considerată de anchetatori un cod secret pentru comunicarea între membrii „sectei".

Măsurile punitive ordonate de Comitetul executiv al partidului au fost extrem de dure: ICPP a fost închis oficial în data de 5 mai 1982, cercetătorii au fost deposedaţi de titlurile lor şi orientaţi către locuri de muncă necalificate, în uzine, pentru a fi reeducaţi. Celor aproximativ 30 de persoane care au participat la experiment — în majoritate psihologi[2] — le-a fost interzis să

---

[1] Grup de silabe lipsite de sens repetate pe parcursul relaxării de cei care practică meditaţia transcendentală.

[2] Şi oameni de ştiinţă din alte domenii au suferit represalii.

profeseze şi să publice. Lucrările care erau pe punctul de a fi publicate au fost distruse, iar cele deja apărute nu trebuiau citate sau menţionate[1].

În jur de 15 psihologi s-au adresat justiţiei, solicitând anularea interdicţiei de a-şi exercita profesia, însă fără succes. În februarie–martie 1983, cercetătorii care lucrau în uzine au primit posturi de secretari, documentarişti, bibliotecari. Dar nimeni nu a fost reintegrat în învăţământul universitar sau în cercetare.

„Fenomenul Piteşti"

Evenimentele care s-au derulat la închisoarea Piteşti — şi pe care memorialistul Ierunca le descria drept „transformarea sistematică a victimei în călău şi dezagregarea sa psihică" — au constituit obiectul a numeroase publicaţii, printre care le citãm pe acelea ale lui Bacu (1963, 1971), Dumitrescu (1978), Goma (1990) şi, în special, Ierunca (1990/2007).

Această distrugere psihică a deţinuţilor, numită „reeducare", a fost iniţiată de Alexandru Nicolschi (1914–1992)[2], fost membru al poliţiei politice sovietice (NKVD), devenit general în *Securitatea* română. În realizarea acestei operaţiuni, Nicolschi s-a servit de ambiţia fără margini, dorinţa de a se afirma prin orice mijloace, inteligenţa ieşită din comun şi „spiritul demonic" al deţinutului Eugen Ţurcanu (Ierunca, 2007, p. 26). Elev fiind, Ţurcanu se înscrie în „Fraternităţile crucii", create în România de Codreanu, conducătorul partidului de extremă dreaptă „Garda de Fier", care avea misiunea de a pregăti tinerii liceeni pentru înrolarea în mişcarea paramilitară „legionară". Când mişcarea legionară intră în ilegalitate, Ţurcanu rupe orice legătură cu aceasta şi, imediat după schimbarea regimului în România, se înscrie în partidul comunist. Student strălucit la drept, Ţurcanu este foarte apreciat de autorităţile locale şi devine membru al Biroului regional de la Iaşi (numit în trecut în franceză *Iassy*) al partidului comunist. Este trimis apoi la Bucureşti, la o şcoală diplomatică, fiind chiar propus pentru a ocupa un post la Berna.

În mai 1948, când sunt arestaţi legionarii din centrele universitare din România, poliţia află că şi Ţurcanu a făcut parte din această mişcare. Este

---

[1] Măsurile adoptate au avut, de asemenea, consecinţe asupra sănătăţii anumitor persoane.

[2] Între 1948 şi 1953, Nicolschi a fost director adjunct al Direcţiei Generale a Securităţii Poporului. El devine apoi secretar general al Ministerului Afacerilor Interne (1953–1961). Trecut în rezervă în 1961, a fost decorat de Nicolae Ceauşescu pentru „merite deosebite în construirea socialismului". Moare cu o zi înaintea audierii sale în dosarul „Procesul comunismului". Într-un interviu realizat de Lucia Hossu Longin, care a avut loc după căderea regimului Ceauşescu, Nicolschi neagă orice participare la evenimentele de la Piteşti (Hossu Longin, 2007, p. 131–132 şi 138–139).

arestat şi condamnat la şapte ani de închisoare. Începe să-şi ispăşească pedeapsa în închisoarea de la Suceava, unde avea loc o reeducare mai curând pacifistă. În acest cadru, Ţurcanu se implică în reeducarea marxistă a deţinuţilor şi se remarcă drept leninistul cel mai înverşunat din grup.

Grupul căruia îi aparţine Ţurcanu este transferat la închisoarea Jilava. Ţurcanu dispare pentru câteva zile şi, după Ierunca, el a fost dus la Bucureşti, unde a participat la întrevederi cu generalul Nicolschi. Scopul acestora era implementarea unui alt mod de reeducare. Întors la Jilava, Ţurcanu înfiinţează *Organizaţia deţinuţilor cu convingeri comuniste* (ODCC), formată din aproximativ douăzeci de tineri.

De la Jilava, grupul care a înfiinţat ODCC, împreună cu alţi studenţi din Cluj şi Timişoara, este transferat la Piteşti. Această închisoare fusese aleasă datorită localizării sale. Izolată, situată în afara oraşului, închisoarea de la Piteşti părea a fi locul ideal pentru a începe noul mod de reeducare: ţipetele torturaţilor nu puteau fi auzite de vecini şi, astfel, secretul putea fi mai bine păstrat. În plus, fusese instaurat un regim strict de izolare: deţinuţii nu primeau nici pachete, nici scrisori.

Spre mijlocul lui noiembrie, cei 15 cei mai refractari deţinuţi ai închisorii din Piteşti, în majoritate vechi legionari, au fost luaţi din celulele lor şi grupaţi în „Celula nr. 4 spital", celulă relativ izolată faţă de celelalte, transformată în locul unde trebuia să aibă loc primul experiment al noului mod de reeducare. Cei 15 găsesc în această nouă celulă alţi 15 deţinuţi — de fapt, grupul lui Ţurcanu — care îi primesc ca pe nişte fraţi. Unul dintre nou-veniţi, Sandu Angelescu, arestat pentru că făcuse parte dintr-o organizaţie regalistă, este ales şef al Celulei nr. 4 spital. Aceasta conţine un *prici* — pat rudimentar pentru mai multe persoane, care se întinde de la un perete la altul — şi un singur pat individual, rezervat şefului ales, Angelescu.

Spiritul camaraderesc este general, fără nicio notă falsă. Identitatea de opinii este totală; se bazează pe o opoziţie absolută faţă de regimul comunist. Limbile se dezleagă, tinerii codeţinuţi vorbesc mult, îşi povestesc gândurile cele mai intime şi tot felul de lucruri ascunse în timpul anchetei.

Totul se schimbă în data de 6 decembrie 1949 când, după ce a adus hrana deţinuţilor, gardianul se adresează şefului celulei, Sandu Angelescu, întrebându-l de ce poartă un pulover verde, simbol al apartenenţei la mişcarea legionară[1]. Angelescu a răspuns că era îmbrăcat cu acest pulover atunci când fusese arestat. În cele din urmă — iar aceasta, în ciuda frigului care domnea

[1] Legionarii purtau cămăşi verzi.

în închisoare — Angelescu cedează și întinde puloverul gardianului. După ce gardianul a părăsit celula, Angelescu îi adresează o înjurătură și își exprimă profunda nemulțumire la adresa gardianului. În momentul acela totul se răstoarnă. Țurcanu îl pălmuiește pe cel care îi fusese „frate" timp de trei săptămâni, îl numește „bandit" și, pe un ton foarte agresiv, îl întreabă cum își permite să profereze o înjurătură la adresa gardianului. Acesta a fost semnalul de început. S-a iscat o încăierare generală și a intervenit o echipă formată din gardieni și membri ai direcțiunii închisorii. Deținuții, dezbrăcați, au trebuit să se întindă pe culoarul de ciment și au fost loviți fără milă timp de o jumătate de oră. Trupurile lor însângerate au fost readuse în celulă și expuse astfel reeducatorilor, membrii echipei lui Țurcanu, care asistaseră la spectacol.

A început, atunci, procesul de reeducare, comportând patru etape:

— *demascarea exterioară*, pe parcursul căreia deținutul trebuia să-și dovedească loialitatea față de partid și de ODCC povestind și apoi scriind tot ceea ce ascunsese în timpul anchetei;
— *demascarea interioară*, când deținutul trebuia să dea numele acelora care îl ajutaseră să reziste în interiorul închisorii;
— *demascarea morală publică*, etapă în care deținutul trebuia să calce în picioare, să murdărească tot ce avea o valoare pentru el — familia, soția sau partenera, prietenii și pe Dumnezeu (dacă era credincios). Mama sa, de exemplu, trebuia prezentată ca o prostituată și trebuiau descrise în detaliu scenele de dezmăț la care ar fi asistat;
— pe parcursul celei de-a patra etape a reeducării sale, reeducatul trebuia *să conducă procesul de reeducare al prietenului său cel mai bun*, torturându-l și devenind, astfel, la rândul lui, călău.

Țurcanu dirija operațiunile, cu colaborarea personalului închisorii. De altfel, direcțiunea primise ordine de la București ca toată lumea să-i dea ascultare lui Țurcanu.

Autoritățile au încercat să extindă procedeul de reeducare experimentat la Pitești și la alte închisori și reușesc la închisoarea Gherla și la șantierul de tristă amintire al canalului Dunăre–Marea Neagră. Ierunca (1990/2007) semnalează, de asemenea, cazul închisorii pentru tuberculoși de la Târgu-Ocna și al închisorii Ocnele Mari, unde experimentul a eșuat.

„Fenomenul Pitești" se sfârși în mod neașteptat pentru principalii protagoniști. Spre mijlocul anului 1952, Țurcanu și ceilalți „veterani ai reeducării" au fost aduși la București, unde credeau că vor intra în Securitate (Țurcanu se

vedea deja colonel...). Autorităţile le-au spus că era atât de extraordinar ceea ce realizaseră, încât era necesar să descrie, într-o manieră detaliată, experienţa avută şi metodele utilizate. Aceasta trebuia să servească drept model tuturor cadrelor Securităţii. În această situaţie, se pare că Ţurcanu a scris în jur de 2 000 de pagini. Toate aceste documente, ca şi declaraţiile individuale date au trebuit să fie astfel concepute (de formă, li s-a spus...), astfel încât să se înţeleagă că totul fusese făcut fără cunoştinţa autorităţilor statului, partidului sau închisorii. Dar toate aceste documente au servit la instrumentarea unui proces în care Ţurcanu şi acoliţii săi au fost prezentaţi ca agenţi ai şefului legionar Horia Sima. Procesul a debutat în octombrie 1954 şi a avut loc în cel mai strict secret. Sentinţa a fost pronunţată în luna decembrie a aceluiaşi an. Ţurcanu şi mai mulţi dintre companionii săi au fost condamnaţi la moarte.

„Fenomenul Piteşti" ne poartă cu gândul la experimentele lui Stanley Milgram care arată că subiecţii pot, în anumite condiţii, să se supună până la capăt, deşi comportamentul lor contravine propriilor convingeri şi ştiu cu certitudine că victima suferă. Milgram explică această supunere, scriind că „individul care intră într-un sistem autoritar nu se mai consideră responsabil de actele sale, ci mai degrabă executantul voinţei altuia" (1974, p. 167).

Adversitatea cotidiană

O analiză aprofundată a vieţii cotidiene în timpul anilor dictaturii comuniste din România scoate în evidenţă mai mulţi factori cu efect potenţial patogen: (a) supravegherea, controlul permanent al indivizilor; (b) lipsurile; (c) reglementarea autoritară a spaţiului individual şi colectiv; (d) controlul sexualităţii.

Supravegherea permanentă era asigurată de serviciile poliţiei secrete, Securitatea. Viaţa cotidiană a indivizilor era controlată atât la serviciu (unde existau informatori şi agenţi ai Securităţii), cât şi acasă, în familie, unde adesea telefonul era pus sub observaţie. Conform datelor obţinute după 1989, în fiecare departament (*judeţ*) al României, o persoană din 30 juca rolul de informator. Descoperirea cea mai dramatică a fost aceea că 98 de copii cu vârste cuprinse între 9 şi 16 ani fuseseră recrutaţi ca informatori (Deletant, 2001). Administratorii blocurilor erau şi ei informatori ai Securităţii (Kligman, 2000).

Informarea populaţiei — şi, cu precădere, cea dinspre străinătate — era complet controlată. Jurnalele nu publicau decât documentele şi discursurile oficiale, televiziunea nu transmitea decât seara, câteva ore, iar în cea mai mare

parte a timpului micul ecran era mijlocul prin care Ceaușescu intra în casele românilor.

Chiar și îmbrăcămintea era controlată, mai ales la tineri. Erau organizate controale în școli și chiar adevărate razii pentru a identifica băieții care purtau părul prea lung sau fetele cu fuste prea scurte. Aceste razii se sfârșeau uneori la comisariatele de poliție cu bătăi repetate administrate tinerilor considerați „recalcitranți" (Chirot, 1978).

Una dintre tehnicile de control era aceea de a se solicita periodic angajaților să-și întocmească autobiografia detaliată, pentru a le compara și a detecta eventualele omisiuni sau modificări, care deveneau obiectul unor anchete aprofundate.

Ne putem întreba, pe bună dreptate, care era originea *multiplelor lipsuri* trăite de români în perioada comunistă: o politică economică dezastruoasă (cauzată de incompetența responsabililor politici[1]) sau instrument de control utilizat cu bună știință? Într-adevăr, după 1918 „arma foametei" a fost adesea utilizată și a dus la moartea a sute de mii sau chiar a milioane de persoane. Produsele alimentare de bază lipseau și penuria a dus la introducerea (în timp de pace!) a cartelelor de repartiție. În timp ce carnea de porc era exportată, în România nu erau vândute decât copitele de porc numite, cu umorul caracteristic epocii, „adidași". Produsele de origine străină — precum cafeaua sau citricele — erau importate în cantitate foarte mică, întrucât erau plătite în dolari. Produsele de igienă — săpun, detergenți, hârtie igienică etc. — se găseau cu dificultate și erau de proastă calitate. Conform raportului Tismăneanu, în documentele oficiale se stipula că igiena unui cetățean român putea fi asigurată cu 1,9 kg de săpun pe an (Comisia prezidențială pentru analiza dictaturii comuniste din România, 2006).

În locuințele situate în mediul urban, unde distribuția apei, apei calde și a căldurii era centralizată, aceasta a fost strict raționalizată, mai ales după 1980. În special apa caldă era distribuită două ore pe zi sau chiar o dată la două zile. Consumul domestic de electricitate era și el limitat la scurte perioade de timp dimineața și seara, iar întreruperile de electricitate erau frecvente.

Al treilea factor cu caracter potențial patogen era *reglementarea autoritară a spațiului personal și colectiv*. Introducerea „colocatarilor" în intimitatea căminului familial a constituit o încercare de rezolvare comodă a penuriei de locuințe, dar, de asemenea, și o tehnică de control subtil al vieții cetățenilor

---

[1] Politica de industrializare „cu orice preț" a dus la neglijarea agriculturii. La aceasta se adăuga faptul că, pentru rambursarea datoriei externe, majoritatea plăților se făceau în produse alimentare, deja deficitare pe piața internă.

români. Limitarea dreptului la spațiul locuit — o dispoziție a regimului comunist îl stabilise la opt metri pătrați și aceasta chiar în casele sau apartamentele proprietate personală — a creat nu numai o stare de promiscuitate, ci și posibilitatea de a controla mai bine indivizii și familiile (Slama-Cazacu, 2004). Se afla, astfel, cine vizita o persoană sau o familie, cu cine întreținea aceștia relații, dacă respectau sărbătorile religioase precum Paștele sau Crăciunul, dacă ascultau posturi de radio străine considerate subversive („Europa liberă" sau „Vocea Americii"), care era nivelul cheltuielilor lor, dacă posedau obiecte de valoare (tablouri, covoare, mobile, monede de aur), dacă soții se înțelegeau bine sau aveau relații conflictuale, dacă întreținеau relații cu cetățeni străini.

În același timp, la nivel național, a fost elaborată o politică de sistematizare a țării[1]. Aceasta viza orașele — și a dus la demolarea a numeroase monumente istorice, dintre care multe biserici — și satele, 5 400 din 6 400 trebuind să dispară pentru a crește, astfel, suprafața agricolă (Ronna, 1989). Satele rămase trebuiau să se transforme în orașe agroindustriale. De fapt, era vorba de o sistematizare forțată, negândită, care nu ținea cont nici de realitatea socioeconomică a țării și nici de opinia cetățenilor.

Al patrulea factor care acționa în viața cotidiană a persoanelor și a cuplurilor era *controlul sexualității*, prin interzicerea producerii și importului de mijloace de contracepție, prin controlul ginecologic obligatoriu al muncitoarelor în multe unități de producție industrială pentru a verifica dacă erau însărcinate, prin pedepsirea oricărei încercări de întrerupere a sarcinii[2]. Aceste măsuri care urmăreau creșterea demografică a României comuniste au afectat în mare măsură comportamentul sexual al indivizilor și viața cuplurilor. Încercările de avort realizate cu metode arhaice și în condiții precare au dus la creșterea ratei mortalității materne și infantile.

Menționăm, de asemenea, căutarea activă a homosexualilor, pedepsirea acestui mod de exprimare a sexualității și utilizarea informațiilor referitoare la homosexualitatea anumitor persoane „interesante" pentru Securitate, în încercarea de a le recruta ca informatori, sub amenințarea unui proces penal.

Planul național de sistematizare a fost conceput în 1972 și a devenit lege în 1974.
Întreruperea sarcinilor a fost reglementată prin Decretul 770 din 29 septembrie 1966.

Strategii pentru a face față detenției în închisoare sau în gulag

În timpul regimurilor dictatoriale, numeroase persoane au fost încarcerate și mai multe au fost distruse de această teribilă experiență, plătind cu viața opoziția față de dictatură. Altele s-au ales cu sechele psihice mai mult sau mai puțin importante.

Dar ce știm despre strategiile folosite pentru a face față detenției în închisorile politice? Rezultatele unei anchete întreprinse asupra a 20 de foști deținuți români (Macarie, 2004) scot în evidență diferite strategii. În marea majoritate a închisorilor, rația alimentară zilnică nu depășea 600–700 de calorii pe zi. Pentru a-și crea iluzia unei mese mai bogate, deținuții așezau sfertul de pâine primit zilnic pe o batistă, pe genunchi, și-l îmbucătățeau. Grămada care rezulta (puțin mai mare decât bucata inițială) dădea iluzia unei cantități mai mari de pâine.

Deținuții nu aveau voie nici să se deplaseze, nici să citească. În plus, știau că unii dintre colegii de detenție erau turnători. În aceste condiții, pentru a-și ocupa timpul, deținuții se rugau zi și noapte, învățau limbi străine sau practicau activități stereotipe precum aceea de a-și descoase în mod repetat pantalonii și de a-i coase la loc.

Cum discuțiile între deținuți erau supravegheate, controlate și puteau duce la interogatorii, atunci când abordau un subiect interzis, deținuții se așezau pe lângă preoții catolici care discutau cu voce tare în latină, acoperindu-le astfel cuvintele. Totodată se înțelegeau să declare, dacă erau interogați, că vorbiseră despre... războaiele dintre daci[1] și romani!

Interdicția de a scrie a dus la apariția altor activități de substituție: dezbateri în jurul unor probleme filosofice, învățarea de poezii, compunerea de versuri transmise altor doi–trei deținuți care le învățau (unii au ajuns să învețe șapte–opt mii de versuri). Poetul Radu Gyr a compus în felul acesta, în închisoare, trei volume de versuri. Alți deținuți politici compuneau muzică. Pentru a o scrie, își acopereau gamela cu DDT[2] praf și, cu un pai sau cu un ac (ascuns cu grijă) trasau portativul și apoi notele.

---

[1] Locuitori ai Daciei, regiune din sud-estul Europei, situată pe malul stâng al Dunării pe teritoriul actualei Românii, care, după cucerirea sa de către împăratul roman Traian în urma a două campanii numite războaiele dacice (101–102 și 105–107), devine provincie romană.

[2] Diclorodifeniltricloroetan, în mod uzual denumit DDT, este primul insecticid modern, inventat la începutul celui de-al Doilea Război Mondial.

Un alt factor de protecție, relativ puțin cunoscut, este *teatrul*. Importanța sa ca factor de reziliență e subliniată de piesa de teatru a lui Judith Depaule[1], „Cine nu muncește nu mănâncă. Analiză a teatrului din gulag." Ea povestea cum *zercii* (deținuții) creau și jucau spectacole în gulag.

Cum și de ce era posibilă realizarea unor astfel de spectacole în lagăre? Există trei răspunsuri posibile. În primul rând, în scopul foarte pragmatic de a stimula deținuții, deci din motive de productivitate. În al doilea rând, deoarece arta era considerată o armă puternică de propagare a ideilor comuniste. Scopul era acela de a crea un om nou, de a transforma deținuții în buni cetățeni sovietici. O importantă literatură — printre care o lucrare a lui Maxim Gorki publicată în 1934 — povestește această reconversie și procesul de transformare. În cele din urmă, deoarece guvernatorii închisorilor, gardienii, polițiștii, se plictiseau. Plictiseala punea stăpânire pe arhipelagul gulag...

În aceste condiții, un prizonier pe nume Serghei Armanov propune, în 1923, instalarea unui teatru în Catedrala Transfigurării de pe Marea Insulă a Arhipelagului Solovki, în Marea Albă. Experiența continuă cu Boris Gloubogovski și mai târziu cu Igor Terentiev, căruia Judith Depaule îi consacră teza sa de doctorat. Igor Terentiev, regizor rus arestat în 1932, este trimis pe șantierul canalului de la Marea Albă, unde devine conducătorul unei brigăzi de agitație culturală. După eliberare este arestat pentru a doua oară și împușcat în 1937.

Piesele de teatru sunt interpretate de actori profesioniști deținuți în lagăre și de amatori recrutați dintre deținuți și uneori chiar de oameni liberi (angajați cu contract), în general foști deținuți eliberați. Dar ce se juca în acest teatru? Menționăm, mai întâi, că noțiunea de teatru includea, în acest caz, toate artele scenei: muzică, dans, teatru propriu-zis, cântec, marionete și circ. De asemenea, erau jucate scene de propagandă, interpretate de deținuți sub formă de jurnal animat. Programul cuprindea, desigur, piese de toate felurile. Spectacolul *Observatorul din Solovki* obține cu timpul o extraordinară popularitate. Punerea în scenă ilustra, cu o ironie acerbă, ordinea, moravurile din lagăr și caricaturiza chiar și direcțiunea.

---

[1] Absolventă a unui master în limbi slavice și posesoare a unei DEA (diplomă de studii aprofundate) în artele scenei, Judith Depaule scrie o teză de doctorat în Arta spectacolului despre „Teatrul în lagărele staliniste" (la Universitatea Paris III). Împreună cu compania Mabel Octobre pe care o fondează în 2001, Judith Depaule creează, printre altele: *Matériau Goulag* (*Material Gulag*) (lectură, concert, 2003), *Qui ne travaille pas ne mange pas* (*Cine nu muncește nu mănâncă*, analiză a teatrului din gulag, 2004), *Ce que j'ai vu et appris au Goulag* (*Ce am văzut și am învățat în Gulag*) (exercițiu de memorie, 2005).

Spectacolele puteau avea loc într-o catedrală dezafectată, dar şi în sala de mese sau în barăci. Erau utilizate mijloace improvizate. Sticle sparte de vodkă deveneau medalii. Din carton şi din sfoară se realiza un aşa-zis mobilier. O creangă de mesteacăn reprezenta o pădure... şi, într-un cuvânt, imaginarul completa lipsurile.

După marea teroare din 1937–1938[1], implicarea culturală şi educativă a început să scadă. Teatrul reapare în lagăre după 1945.

Experienţele prezentate ne îndeamnă să punem problema semnificaţiei teatrului într-un lagăr. Pentru actorii-deţinuţi aceasta însemna să lucreze la căldură, să scape de cele douăsprezece ore zilnice de muncă extenuantă, să-şi păstreze părul, să poarte haine civile, pe scurt, să supravieţuiască şi să păstreze puţină demnitate umană. Pentru deţinuţii din lagăre, actul teatral devenea un act vital. Captivat de magia reprezentaţiei, care-i propulsa pe actori şi spectatori în lumea liberă a imaginarului, publicul intra într-o comuniune absolută. Mesajele transmise pe scenă îl atingeau ca garanţii ale unei vieţi care fusese şi care nu mai era, dar în a cărei revenire credea cu tărie. Spectacolele întreţineau speranţa, făceau să fie uitate lagărul şi foamea.

Teatrul devenea un loc de viaţă adevărată unde, pentru un moment, fiecare, pe scenă şi în sală, se putea simţi din nou om. Formula „viaţa este un teatru" devenea în gulag „teatrul este viaţă": viaţa reală se află pe scenă şi tot ceea ce o înconjoară devine ireal.

Strategii de supravieţuire „în libertate"

Să vedem, acum, ce strategii foloseau cei care se găseau „în libertate". Această libertate este foarte relativă şi societatea românească, în perioada dictaturii comuniste, cvasiizolată între frontierele ţării, a fost adesea comparată cu o imensă închisoare în care indivizii se găseau sub o permanentă observaţie.

Pentru a studia viaţa cotidiană a foştilor deţinuţi după eliberarea lor, ca şi strategiile de adaptare utilizate după ieşirea lor din închisoare, Dana Bichescu

---

[1] Anii 1937–1938 sunt cunoscuţi drept perioada „Marii Terori". Cel puţin un milion trei sute de mii de persoane au fost arestate în Uniunea Sovietică pentru „crime împotriva statului". Conform unor statistici incomplete, cel puţin 681 692 de persoane au fost executate, iar populaţia din lagărele de muncă şi din coloniile gulagului a crescut de la 1 196 369 la 1 881 570 persoane (fără a ţine cont de cei cel puţin 140 000 de morţi în aceste lagăre şi de numărul necunoscut de morţi din timpul drumului către lagăre). Originile Marii Terori sunt, conform Figes (2007/2009), multiple. Printre acestea, teama lui Stalin de o ameninţare interioară, mai ales în regiunile rurale şi în special teama sa paranoică de „duşmani". Marea Teroare era pentru Stalin şi ai săi, o pregătire pentru războiul care urma să vină.

(2004) a intervievat 22 de foşti deţinuţi politici (cu vârste cuprinse între 60 şi 80 de ani). Vârsta lor medie în momentul arestării era de 19,9 ani. Detenţia lor durase, în medie, 59,1 luni şi fuseseră eliberaţi, în medie, cu 44,5 ani în urmă. După ieşirea lor din închisoare, persoanele intervievate au utilizat o serie de strategii pentru a se adapta noii lor vieţi. Cea mai frecvent citată este implicarea în viaţa de cuplu. Celelalte strategii sunt, în ordinea frecvenţei:

- crearea unor relaţii de prietenie cu foşti prieteni, foşti colegi de detenţie, colegi de serviciu sau alte persoane;
- interesul pentru politică (se implicau în discuţii pe teme politice, spuneau/ascultau bancuri cu caracter politic, ascultau emisiuni la postul de radio „Europa liberă");
- implicarea activă în rezolvarea problemelor întâmpinate (se adresau autorităţilor sau mobilizau reţele de susţinere socială pentru a-şi găsi de lucru sau pentru a-şi continua studiile);
- evitarea contactelor sociale şi manifestarea unei prudenţe excesive au fost utilizate de foştii deţinuţi, conştienţi de existenţa modalităţilor de monitorizare indirectă a vieţii lor sociale prin infiltrarea informatorilor Securităţii în toate mediile socioprofesionale.

Pentru elaborarea acestui capitol, a fost realizată o anchetă-pilot care urmărea descoperirea strategiilor individuale utilizate în perioada comunistă în vederea favorizării rezilienţei. A fost folosit un chestionar compus din 18 itemi referitori la factorii de stres prezenţi pe parcursul perioadei respective: lipsa de hrană, de încălzire, de apă curentă, interzicerea practicilor religioase, strămutarea anumitor populaţii, interzicerea şi controlul relaţiilor cu persoane care locuiau în ţări occidentale, îndoctrinarea obligatorie cu filosofia marxistă, etatizarea artei, intruziunea în viaţa familială, slaba calitate a serviciilor sanitare, starea proastă a reţelei de comunicaţie, interzicerea mijloacelor contraceptive, naţionalizarea a numeroase clădiri şi terenuri, ca şi a comerţului şi industriei. Toţi aceşti factori pot fi consideraţi traumatizanţi întrucât ameninţă viaţa şi însăşi evocarea lor declanşează teamă, neputinţă sau chiar groază (Nutt, Davidson şi Zohar, 2000). În plus, au acţionat asupra a două generaţii (Benoit, 2004).

Subiecţii aveau sarcina de a ordona factorii incluşi în chestionar şi de a preciza strategiile utilizate pentru a face faţă situaţiilor respective. Chestionarul a fost trimis la 32 de intelectuali români, cu vârste cuprinse între 41 şi 68 de ani. 16 dintre ei au răspuns.

Răspunsurile obținute arată că respondenții au utilizat o multitudine de strategii pentru a-și asigura reziliența pe parcursul perioadei comuniste. Acestea sunt douăsprezece și au fost ordonate în funcție de numărul de apariții.

- „Acceptarea inacceptabilului" cu o resemnare apatică (11 răspunsuri) este prima dintre aceste strategii, exprimată prin „indiferent cum, este bine", „ne vom descurca". Această strategie implică renunțarea la demnitate, la adevăr, la proiecte, la idealuri profesionale, la apărarea celor mai slabi, la practicarea religiei, la sensibilitate și empatie. Atunci când opoziția, rezistența sunt imposibile, resemnarea, acceptarea regulilor impuse de cel mai puternic ar reprezenta strategia de elecție.
- Afilierea (10 răspunsuri), exprimată prin întâlniri frecvente și prelungite între prieteni. În momentul în care reușeau „să facă rost de" hrană, erau organizate adevărate festinuri. Acest mod gregar de viață, dezvoltat ca reacție la dificultățile cotidiene, dădea ocazia de a comunica, de a se plânge și de a-și menține astfel sănătatea mentală. Rețelele sociale au jucat un rol major în construirea rezilienței românilor pe parcursul perioadei comuniste. Datorită acestor rețele puteau fi obținute produsele alimentare de bază, medicamentele, ca și numeroase servicii. Pentru a suplini anumite lipsuri, au luat amploare rețeaua relațională, trocul, piața neagră și clientelismul. Inventivitatea reprezenta o adevărată strategie de supraviețuire. Într-o cultură a penuriei (concept propus de Miller, 1995), persoana dispune de mai multe alegeri: „să stea la coadă", să procedeze la o înlocuire forțată a produsului, să caute alte surse, să amâne cumpărarea sau să... abandoneze.
- Cultura (8 răspunsuri), mai precis literatura, artele plastice, muzica au devenit parte integrantă a vieții curente a numeroși indivizi, permițându-le să scape de rigorile sistemului, să evadeze dintr-un cotidian frustrant. Potrivit filosofului român Noica, „nu există sănătate decât prin cultură". Cultura era pe vremea aceea un mod de viață disident, permițând fuga de îndoctrinarea permanentă și de frustrări.

În acest context, menționăm dezbaterea declanșată de următoarea întrebare: „A avut loc în România o rezistență culturală?" Acest tip de rezistență a luat forme diverse. Au existat atitudinile tranșante ale intelectualilor precum, de exemplu, Paul Goma sau Doina Cornea. Alte acțiuni au fost mai discrete, chiar dacă au avut un impact major. Este cazul cercului de filosofie

creat de Noica, Şcoala de la Păltiniş[1], care-şi avea sediul într-o cabană izolată din munte, devenită una dintre cele mai importante instituţii culturale neoficiale ale ţării. Dar, în acelaşi timp, menţionăm că puterea comunistă a utilizat diferite subterfugii pentru a seduce şi a înrola intelectualii, oamenii de cultură. În a sa „Antologie a ruşinii", Ierunca (*cf.* Merişanu şi Taloş, 2009) numeşte mai multe personalităţi ale literaturii române — Călinescu, Arghezi, Vianu, Cioculescu — care, pentru a căpăta protecţia regimului, pentru a beneficia de onoruri din partea regimului comunist şi pentru un anumit confort material, s-au pus în slujba opresorilor.

Celelalte nouă strategii sunt:

- creativitatea (menţionată de 7 ori) nu avea limite — „se inventau" mijloace de încălzire, de a pregăti prăjituri fără ingredientele de bază, de a călători. O veritabilă piaţă neagră „ajuta" populaţia să supravieţuiască, să găsească un minimum de produse alimentare de bază, să procure medicamente etc.;
- sistemul familial (6 răspunsuri), singurul loc unde subiecţii au mărturisit că se simt în siguranţă;
- credinţa (menţionată de 6 ori), în ciuda dificultăţilor practicării ei, mai ales în ceea ce priveşte frecventarea bisericii;
- suspiciunea generalizată (4 răspunsuri), care permitea autoprotecţia şi protecţia familiei, neacordând încredere nimănui;
- umorul (menţionat de 4 ori) era frecvent practicat, sub forma a numeroase bancuri (spuse cu voce scăzută);
- implicarea în muncă (4 răspunsuri);
- hobby-urile (3 răspunsuri);
- ascultarea posturilor de radio care emiteau în limba română din străinătate (2 răspunsuri), alternative credibile la mass-media internă, aservită puterii comuniste;
- speranţa, mai ales aceea că lucrurile se vor schimba (menţionată de 2 din cei 16 respondenţi), permitea depăşirea dificultăţilor cotidiene.

Umorul colectiv

În psihologia clinică, umorul este considerat un mecanism de apărare. În lista elaborată de Valenstein (Bibring, Dwyer, Huntington şi Valenstein,

[1] Liiceanu (1983/2003) descrie această veritabilă instituţie culturală în „Jurnalul de la Păltiniş".

1961)[1], pe lângă alte 43 de mecanisme de apărare, figurează mecanismul „a face pe clovnul, a ridiculiza", definit ca utilizare excesivă sau curentă a cuvintelor de spirit, pentru a reduce anxietatea consecutivă unor situații stresante sau unor gânduri sau afecte perturbatoare. Psihanalistul american Vaillant (1971, 1976, 1992) și apoi Asociația Americană de Psihiatrie includ umorul printre mecanismele de apărare de nivel superior. Vaillant îl plasează printre mecanismele mature, iar autorii DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000/2004), printre mecanismele de nivel adaptativ ridicat.

Cu mult timp înainte, în 1905, Freud prezenta umorul ca pe mecanismul de apărare cel mai înalt dintre toate. Câțiva ani mai târziu (în 1908), Freud revine asupra acestui subiect, afirmând că adultul scapă de opresiunea existenței datorită plăcerii aduse de umor. În 1927, când cancerul său era deja avansat, Freud publică un articol intitulat „Umorul". Deci, în DSM-IV-TR, Asociația Americană de Psihiatrie se întoarce spre gândirea freudiană introducând umorul printre mijloacele defensive de funcționare cele mai adaptate.

Cum poate fi definit umorul? În sensul restrâns la care s-a referit Freud, umorul constă în prezentarea unei situații trăite ca traumatizante astfel încât să fie scoase în evidență aspectele sale plăcute, ironice, insolite.

În cazul umorului, asistăm la o transformare a umorului — apărare psihică, intrapsihică, individuală — într-o apărare pe care o regăsim, în aceeași epocă, la un mare număr de indivizi și care îmbracă astfel o formă colectivizată, socializată, cu precădere eficace în societățile supuse dictaturii. În 1962, în *Notes et contre-notes* (*Note și contranote*), Eugen Ionescu scria: „Acolo unde nu este umor, nu este umanitate; acolo unde nu este umor (această libertate asumată, această detașare față de sine), este un lagăr de concentrare".

Acest umor colectiv, conceput ca factor de reziliență, va fi abordat pe scurt în textul de față. Mai precis, vom discuta aici de bancurile politice în calitate de formă colectivă de umor. Bancurile sunt produse folclorice tipic citadine. Folclorice... întrucât bancurile se transmit oral, iar autorii lor sunt anonimi. Bancurile sunt o categorie modernă a culturii populare, categorie foarte prolifică și bogată în plan tematic.

Bancurile politice, o categorie care depășește prin diversitatea sa și prin interesul care i-a fost acordat toate celelalte categorii tematice, au cunoscut o

---

[1] Această listă apărea sub formă de glosar în anexa B a unui articol semnat de G. Bibring, Dwyer, Huntington și Valenstein (1961), referitor la procesele psihologice studiate pe parcursul sarcinii și la relațiile precoce mamă–copil. Într-o notă din josul paginii se menționează că glosarul respectiv a fost realizat în principal de Valenstein, pornind de la o lucrare nepublicată, aparținând lui E. Bibring și Valenstein. Și aceasta se bazează, parțial, pe lucrarea Annei Freud (1936/1993).

proliferare uriaşă în societatea comunistă, cenzura şi lipsa de libertate reprezentând condiţiile care favorizează dezvoltarea acestui gen. Călin-Bogdan Ştefănescu (1991) care a realizat, între 1979 şi 1989, culegerea celor 960 de bancuri care circulau în România, ne furnizează câteva date statistice:

- Media de apariţie pe 10 ani este de un banc la fiecare 4,71 zile;
- Bancurile pot fi asociate cu evenimentele care le originează. Bancurile apar, uneori, chiar în ziua următoare evenimentului;
- Bancurile sunt în majoritate creaţia intelectualilor (în 67% dintre cazuri).

Două teme predominau: penuria cronică a tuturor produselor de folosinţă cotidiană (şi mai ales a alimentelor!) şi personalitatea conducătorilor (şi firesc, a cuplului Ceauşescu). Iată un banc despre penuria de carne:

— Ce diferenţă este între măcelăriile de acum şi cele de pe vremuri?
— ?!? (*interlocutorul nu răspunde*)
— Înainte, la poartă scria „La Vasile". Intrai şi înăuntru găseai carne. Acum, la poartă scrie „Măcelărie" şi înăuntru îl găseşti pe Vasile!...

Într-o perioadă în care mizeria ajunsese la culme, circula acest banc, prezentat sub forma unui anunţ de mică publicitate:

„Schimb scobitoare utilizată la un capăt pe hârtie igienică utilizată pe o parte".

Incultura lui Ceauşescu, obsesia sa de a demola cartierele vechi din Bucureşti, pasiunea sa pentru vânătoare, dorinţa soţiei sale, Elena, de a trece drept un mare savant, se află la originea a numeroase bancuri. Iată un exemplu:

Într-o zi, Ceauşescu îşi povesteşte faptele de vânătoare: „Am vânat tot felul de animale: urşi, lei, tigri, dar ce mi-a plăcut cel mai mult a fost vânătoarea de «pliznoţi»!..." Cei din jur se privesc încurcaţi unul pe altul, nu înţeleg şi, în cele din urmă, unul dintre cei prezenţi îndrăzneşte să întrebe: „Dar, tovarăşe preşedinte, ce sunt «pliznoţii»?" „Oh, răspunde Ceauşescu... eram în Africa... i-am gonit până s-au căţărat într-un copac. Le era foarte frică şi strigau *Please, not! Please, not!*"

Studiul bancurilor aduce la iveală un personaj foarte interesant: Bulă, veritabil disident al regimului comunist (Tănase, 2006). De obicei, este vorba de un copil, de un elev de la care nu se aşteaptă prea multe şi care este aşezat în fundul clasei. Naiv, prost chiar, el vede şi spune lucruri pe care nimeni altcineva nu are curajul să le spună. Şi cum este sărac cu duhul, nu poate fi tras la răspundere pentru cuvintele sale. Universalitatea lui Bulă a fost demonstrată

de succesul spectacolelor jucate în Statele Unite cu piesa „Un transilvănean în Silicon Valley" de Ştefan Cenţiu, în care Bulă era personajul principal.

În perioada comunistă, bancurile reprezentau singura modalitate de exprimare a opiniilor interzise. Aveau o funcţie catartică, oferindu-le oamenilor o evadare acceptabilă social. Bancurile reduceau tensiunea existentă în relaţiile sociale, permiţând, totodată, traversarea unor situaţii extrem de dificile[1]. Pe parcursul acestei perioade, oralitatea reprezenta libertatea, spontaneitatea, creativitatea. Dintr-o perspectivă psihanalitică, Ernst Kris (1952)[2] consideră că bancurile permit un control temporar al angoaselor insuficient controlate.

Intervenţia după dictatură

Sfârşitul dictaturilor nu duce la dispariţia factorilor care ar putea afecta funcţionarea psihică. În lucrarea sa de disertaţie pentru DEA, Cécile Marotte (1990) insistă asupra faptului că sfârşitul dictaturii Duvalier în Haiti (7 februarie 1986) n-a prezentat finalul unei situaţii patogene:

> [...] postdictatura se arată, prin intermediul unor neîncetate şocuri pe cât de violente, pe atât de ucigătoare, tot atât de patogenă din punct de vedere psihologic ca şi dictatura [...] sensul situaţiilor se pierde, se rupe, este discontinuu; nu mai ştii în ce să te încrezi; nu mai ştii cum să te comporţi şi trebuie să recunoşti că *nu s-a terminat!*

Propunerea ca supravieţuitorii dictaturilor să împărtăşească cu ceilalţi membri ai comunităţii experienţele traumatizante trăite poate fi asociată cu utilizarea tehnicilor narative în clinică. Pentru Brown (2006), care enunţă această recomandare vorbind de „terapia narativă naţională", teatrul şi filmul ar permite realizarea unei întâlniri potenţial terapeutice, plasând experienţele traumatizante provocate de dictatură într-un cadru narativ şi prezentându-le într-un forum comunitar. Reprezentarea publică a poveştilor victimelor, poveşti până atunci ţinute sub tăcere, le-ar face nu numai cunoscute marelui public, ci le-ar confrunta cu istoriile oficiale fabricate de regimurile dictatoriale şi ar amorsa un proces terapeutic care s-ar continua în afara zidurilor teatrului.

---

[1] De fapt, în domeniul clinic sunt utilizate mai multe programe de intervenţie bazate pe umor (Jourdan-Ionescu, 2010).

[2] Psihanalist şi istoric de artă de origine austriacă, Kris (1900–1957) a lucrat la BBC ca expert al analizei propagandei naziste, fondând apoi, la New School for Social Research din New York, un program de cercetare a propagandei totalitare.

Brown (2006) constată că discursul dominant al dictaturilor din Argentina, Chile şi Spania impunea o versiune oficială a istoriei, care glorifica forţele aflate la putere şi nega suferinţele victimelor acuzate de infamie. Or, cum în postdictatură segmentele importante ale societăţii continuă să trăiască cu sechelele atrocităţilor organizate de stat pe parcursul dictaturii, este necesar să se facă public ce s-a întâmplat sau, cu alte cuvinte, să se restabilească adevărul. Este ceea ce mai mulţi autori şi cineaşti au făcut în cele trei ţări menţionate.

Un prim exemplu este Ariel Dorfman, scriitor şi profesor universitar născut în Argentina şi devenit cetăţean chillian, în prezent profesor de literatură latino-americană la Universitatea Duke, în Statele Unite. Din 1970 până în 1973 a fost consilier cultural al preşedintelui chilian Salvador Allende. O bună parte dintre operele lui Dorfman se referă la ororile tiraniei, aducând mărturiile celor dispăruţi, ale supravieţuitorilor sau ale torturaţilor eliberaţi. Astfel, în piesa sa de teatru „Tânăra fată şi moartea"[1] — una dintre părţile lucrării sale, „Trilogia rezistenţei" — Dorfman povesteşte întâlnirea unei foste militante arestate şi torturate (Paulina) cu bărbatul în care crede că-şi recunoaşte fostul torţionar (doctorul Miranda). „Procesul" declanşat de această întâlnire îi permite lui Dorfman să povestească, utilizând discursul Paulinei, ce a însemnat tortura în timpul dictaturii militarilor argentinieni.

Un al doilea exemplu este acela al filmului argentinian „L'histoire officielle"[2], realizat de Luis Puenzo după un scenariu de Aida Bortniki. Acţiunea se petrece la Buenos Aires în 1983, cu puţin înainte ca regimul militar să înceapă să slăbească. Alicia, profesoară de istorie, acceptă întotdeauna, atât în viaţa privată, cât şi în cea profesională, istoria oficială. Puţin câte puţin, ea vede dărâmându-se lumea care o înconjoară, o lume alcătuită din adevăruri menite să ascundă realitatea. Puţin câte puţin, şi elevii ei pun la îndoială versiunea istoriei oficiale oferită de ea, vorbind despre „istoria pe care o scriu asasinii". Iniţial indiferentă, naivă, ignorantă, Alicia îşi dă seama că în momentul respectiv este complice.

În lucrarea sa de doctorat, Brown citează, în acelaşi sens, mai multe piese de teatru, precum „Voces", a dramaturgului şi psihiatrului argentinian Eduardo Pavlovsky, „Atando Cabos", a dramaturgului argentinian Griselda

---

1 Această piesă a fost tradusă în franceză şi publicată, în 1999, în Actes Sud. A fost transpusă pe ecran de Roman Polanski.

2 Acest film a primit, în 1986, premiul Oscar pentru cel mai bun film străin şi Norma Aleandro, interpreta Aliciei, a primit premiul de interpretare feminină la Cannes.

Gambaro şi trei lucrări — „El tragaluz", „La Fundacion"[1] şi „Lazaro en el laberinto" — ale autorului spaniol Antonio Buero Vallejo. Considerat drept dramaturgul spaniol cel mai important din a doua jumătate a secolului XX, Buero Vallejo a fost arestat la sfârşitul războiului civil spaniol, iar condamnarea sa la moarte a fost transformată în şase ani de detenţie în închisorile franchiste.

Studiul existenţei în condiţiile extreme ale dictaturii ne permite să constatăm că reziliența naturală este posibilă datorită unei palete largi de strategii. Mihai Botez (citat de Pleşu, 1994) spunea că supravieţuirea în timpul dictaturii comuniste ar fi o artă care combină supunerea bine calculată, o critică a cărei întindere este în mod constant controlată de persoană, menţinerea tactică a unui profil marginal şi utilizarea inteligentă a oportunităţilor. Dacă intervenţia care vizează reziliența asistată este practic imposibilă în dictatură, cunoaşterea strategiilor utilizate pe parcursul unor astfel de perioade istorice ne îmbogăţeşte într-o manieră semnificativă cunoştinţele asupra factorilor de protecţie, iar aceste cunoştinţe pot fi utilizate în alte contexte şi, în special, în perioada postdictatorială.

Bibliografie

Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România (2003), DSM IV-TR. *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale*, Bucureşti.

Bacu D. (1963), *Piteşti: Centru de reeducare studenţească*, Madrid, Graficas Benzal.

Bacu D. (1971), *The anti-humans student re-education in Romanian prisons*, Englewood, Soldiers of the Cross.

Bartosek K. (1999), Central and Southestern Europe, în S. Curtois, N. Werth, L.J.-L. Panné, A. Paczkowski, K. Barosek şi J.-L. Margolin (coord.), *The black book of communism. Crimes, terror, repression*, Cambridge, Harvard University Press, p. 394–457.

Benoit J.C. (2004), *Gregory Bateson, la crise des écosystèmes humains*, Geneva, Georg.

Berghmans C. (2010), *Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience*, Paris, Elsevier Masson.

Bibring G.L., Dwyer T.F., Huntington D.S. şi Valenstein A.F. (1961), A study of the psychological process in pregnancy and of the earliest mother-child relationships, *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 16, p. 9–72.

[1] Numai „Fundaţia" este tradusă în limba franceză. Veritabilă tragedie contemporană, această piesă de teatru este, fără îndoială, opera sa în cea mai mare măsură autobiografică şi cea mai originală.

Bichescu D. (2004), Aspecte ale vieţii cotidiene şi strategii de adaptare după eliberarea din detenţia politică până în 1989, în A. Neculau (coord.), *Viaţa cotidiană în comunism*, Iaşi, Polirom, p. 290–305.

Brown M.L. (2006), Dams, doors and divans: Staging a nationale narrative therapy in Chile, Argentina and Spain. (Ariel Dorfman, Aida Bortnik, Eduoardo Pavlovsky, Griselda Gambaro, Antonio Buero Valleho), *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, vol. 66, nr. 8–A, p. 2925.

Chirot D. (1978), Social change in communist Romania, *Social Forces*, vol. 57, nr. 2, p. 457–499.

Comisia Prezidenţială pentru Analiza Dictaturii Comuniste în România (2006), *Raport final*, Bucureşti (www.presidency.ro).

Deletant D. (2001), The Securitate legacy in Romania, în K. Williams şi D. Deletant (coord.), *Security intelligence services in new democracies. The Czech Republic, Slovakia and Romania*, Londra, Macmillan, p. 159–211.

Dumitrescu G. (1978), *Demascarea*, München, Editura Ion Dumitru.

Figes O. (2007/2009), *Les chuchoteurs. Vivre et survivre sous Stalin*, Paris, Denoël.

Freud A. (1936/2002), *Eul şi mecanismele de apărare*, Bucureşti, Editura Fundaţiei Generaţia.

Freud S. (1905/2010), „Cuvântul de spirit şi raportul său cu inconştientul", în *Opere esenţiale* vol. 4, Bucureşti, Editura Trei.

Freud S. (1908/2010), Scriitorul şi activitatea fantasmatică, în *Opere esenţiale* vol. 10, Bucureşti, Editura Trei.

Freud S. (1927/2010), Umorul, în *Opere esenţiale* vol. 4, Bucureşti, Editura Trei.

Goma P. (1990), *Patimile după Piteşti*, Bucureşti, Cartea Românească.

Hossu Longin L. (2007), *Memorialul durerii. O istorie care nu se învaţă la şcoală*, Bucureşti, Humanitas.

Ierunca V. (1990/2007), *Fenomenul Piteşti*, Bucureşti, Humanitas.

Ionesco È. (1962), *Notes et contre-notes*, Paris, Gallimard.

Jourdan-Ionescu C. (2010), L'humour comme facteur de résilience pour les enfants à risque et leur famille, *Bulletin de psychologie*, vol. 63, nr. 6, p. 449–455.

Kligman G. (1998/2000), *Politica duplicităţii. Controlul reproducerii în România lui Ceauşescu*, Bucureşi, Humanitas.

Kris E. (1952), *Psychoanalytic explorations in art*, New York, International Universities Press.

Liiceanu G. (1983/2003), *Jurnalul de la Păltiniş*, Bucureşti, Humanitas.

Macarie G.F. (2004), Memoria represiunii politice din perioada comunistă, în A. Neculau (coord.), *Viaţa cotidiană în comunism*, Iaşi, Polirom, p. 306–320.

Marotte C. (1990), *Incidences psychopathologiques de la post-dictature en Haiti*, Mémoire de DEA (sub conducerea Pr. S. Ionescu), Saint-Denis, Université Paris 8.

Merişanu N. şi Taloş D. (2009), *Antologia ruşinii după Virgil Ierunca*, Bucureşti, Humanitas.

Milgram S. (1974), *Soumission à l'autorité*, Paris, Calman-Lévy.

Miller D. (1995), Introduction: Anthropology, modernity and consumption, în D. Miller (coord.), *Worlds apart: Modernity through the prism of the local*, Oxon and New York, Routledge, p. 1–22.

Neculau A. (2004), Afacerea „Meditația transcendentală" – o răfuială cu psihologia și psihologii, în A. Neculau (coord.), *Viața cotidiană în comunism*, Iași, Polirom, p. 264–286.

Nutt D., Davidson J. și Zohar J. (coord.), *Post-traumatic stress-disorder. Diagnosis, management and treatment*, Londra, Martin Dunitz.

Pleșu A. (1994, 25 noiembrie–1 decembrie), Viața intelectuală sub dictatură II, *Dilema*, nr. 98.

Ronnas P. (1989), Turning the Romanian peasant into a new socialist man: An assessment of rural development policy in Romania, *Soviet Studies*, vol. 41, nr. 4, p. 543–559.

Slama-Cazacu T. (2004), Instituția colocatarilor, în A. Neculau (coord.), *Viața cotidiană în comunism*, Iași, Polirom, p. 110–117.

Ștefănescu C.B. (1991), *10 ani de umor negru românesc. Jurnal de bancuri politice*, București, Metropol-Paideia.

Tănase M. (2006, 21–27 aprilie), Cu nostalgie despre Bulă, *Dilema veche*, nr. 117.

Vaillant G.E. (1971), Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms, *Archives of General Psychiatry*, vol. 33, p. 535–545.

Vaillant G.E. (1976), Natural history of male psychological health: The relation of choice of ego mechanism of defence to adult adjustment, *Archives of General Psychiatry*, vol. 33, p. 535–545.

Vaillant G.E. (coord.) (1992), *Ego mechanisms of defence*, Washington, American Psychiatric Press.

După traume psihice, după ce au fost confruntate în manieră cronică cu adversitatea, unele persoane sunt puțin afectate sau nu dezvoltă tulburări psihice. Acesta este rezultatul unui proces natural de reziliență care se desfășoară fără ajutorul profesioniștilor în domeniul sănătății mentale. Datorită cercetărilor întreprinse timp de jumătate de secol, în prezent este posibilă utilizarea unor strategii de intervenție care facilitează dezvoltarea rezilienței și la persoanele supuse riscului de a prezenta tulburări psihice din cauza situațiilor de viață pe care le traversează. În acest caz, vorbim de o reziliență asistată, care se construiește cu ajutorul specialiștilor. **Tratatul de reziliență asistată** este consacrat acestei noi abordări clinice și propune tehnici și programe ce pot fi utilizate în paisprezece situații, printre care abuzurile asupra copiilor, șomajul, marile catastrofe sau genocidul.

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Tratatul este opera a 23 de specialiști din Belgia, Canada, Franța, România și Rwanda și a fost elaborat sub coordonarea lui Serban Ionescu, psihiatru și psiholog, profesor emerit al Universității Paris 8 și al Universității din Québec à Trois-Rivières, membru corespondent al Academiei de Medicină din Franța.

CNL
Centre national du Livre

ISBN 978-973-707-737-0

9 789737 077370